



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Calidad de vida que tienen los pacientes
oncohematológicos que reciben quimioterapia y género
en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año
2016**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

AUTOR

Henic Yu-Niang OLAECHEA VIDAURRE

ASESOR

Pompeyo Humberto LOVON CHÁVEZ

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Olaechea H. Calidad de vida que tienen los pacientes oncohematológicos que reciben quimioterapia y género en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACION

8-103
LICENCIADA (O): OLAECHEA VIDAURRE HENIC YU-NIANG

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

CALIDAD DE VIDA QUE TIENEN LOS PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA Y GÉNERO EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP "LUIS N. SÁENZ", EN EL AÑO 2016.

ESPECIALIDAD: ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Lima 23 de Enero del 2017

Señor Doctor

JUAN MATZUMURA KASANO

Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humano – UNMSM

El Comité de la especialidad **ENFERMERÍA ONCOLÓGICA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

DICISIETE: 17



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Facultad de Medicina Humana
Unidad de Postgrado

Mg. MARIA F. CORTOZ CRUZ
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora (e)

Mg. SOYKA CUENTAS NUÑEZ DE LA TORRE
DOCENTE

Dr. POMPEYO HUMBERTO LOVÓN CHÁVEZ
DOCENTE



**CALIDAD DE VIDA QUE TIENEN LOS PACIENTES ONCO-
HEMATOLÓGICOS QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA Y
GENERO EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS
N. SÁENZ”, EN EL AÑO
2016**

DEDICATORIA

A mi madre, mi esposo y a mis hijos Christopher y André, que fueron mi motivo constante de superación y esfuerzo para poder realizarme como profesional y lograr mis éxitos personales, enseñándome el honor, servicio, amor al prójimo y la disciplina de la lucha constante para mejorar cada día más y que con su ejemplo y sacrificio me han hecho lo que ahora soy.

Henic Olaechea Vidaurre

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, Nuestro Padre Celestial, quien nos da la vida, la sabiduría, la fuerza y el coraje para continuar día a día con el logro de nuestras metas trazadas, porque me permite apreciar lo bello de la vida y a disfrutar cada momento del amor y apoyo de las personas que amo, y porque sin él no hubiera podido salir adelante en los momentos más difíciles de la vida.

A mis profesores de Investigación de la prestigiosa Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ya que gracias a sus enseñanzas aprendí a ver la investigación de una manera agradable, fácil y dinámica; permitiendo llevar a cabo este trabajo.

La realización de esta investigación de tesis fue posible, en primer lugar, a la cooperación brindada por el profesor Pompeyo Humberto Lovón Chávez, Docente del programa educativo de Investigación II de la Universidad Mayor de San Marcos, quien en su desempeño como docente brindo las asesorías correspondientes para este estudio. Hago un reconocimiento especial a la Dra. Amalia Loly Ponce y al Mg Miguel Sandoval Vega, quienes tuvieron a cargo la coordinación de profesores y asesores en el proyecto de investigación, que en la actualidad es desarrollada como tesis para la obtención del título de especialista en enfermería oncológica. De igual modo se agradece a la Mg Liliana Rodríguez Saavedra y al profesor Juan Ccoa Huamaní quienes gracias a su disposición y confianza, me ayudaron particularmente en mi asesoría metodológica y estadística de la tesis, y que sin ellos no se hubiera podido realizar adecuadamente este estudio.

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por haberme brindado la oportunidad de realizar mis estudios de post grado de la Segunda especialidad de Enfermería Oncológica y así conseguir alcanzar un Título más en mi desarrollo profesional.

Un agradecimiento infinito al Hospital Nacional Luis N. Sáenz, y a los usuarios de este nosocomio, por ser la fuente más importante en mi labor profesional y porque gracias a ellos soy la profesional que soy.

Gracias

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN	08
ABSTRACT	09
PRESENTACIÓN	10
 CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación problemática	14
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Justificación e importancia	19
1.4. Objetivos	21
1.4.1. Objetivo general	21
1.4.2. Objetivos específicos	21
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	22
2.2. Bases Teóricas	28
2.3. Definición operacional de Términos	56
2.4. Planteamiento de la hipótesis	58
 CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de investigación	59
3.2. Lugar de estudio	60
3.3. Población de estudio	61
3.4. Unidad de análisis	62
3.5. Muestra y muestreo	62
3.6. Criterios de selección	63
3.6.1. Criterios de inclusión	63
3.6.2. Criterios de exclusión	63
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	63
3.8. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	67
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	68
4.2. Discusión	77
 CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	82
5.2. Recomendaciones	83
5.3. Limitaciones	84
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
 ANEXOS	
1. Encuesta	91
2. Matriz de consisten del trabajo de investigación	95
3. Matriz de consistencia del instrumento	97
4. Formulario de consentimiento informado	100

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°		Pág.
01	Análisis de consistencia interna según coeficiente de Alfa de Cronbach.	66
02	Análisis de consistencia interna según coeficiente de Alfa de Cronbach. Estadística de fiabilidad.	66
03	Características de los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia en el HN PNP "LNS", en el año 2016	68
04	Calidad de vida del paciente onco-hematológico que reciben quimioterapia en el HN PNP "LNS" y género, en el año 2016	70
05	Dimensión global de salud de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	71
06	Dimensión global de salud de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	71
07	Dimensión Funcional de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	73
08	Dimensión Funcional de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	74
09	Dimensión de la sintomatología de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	75
10	Dimensión de la Sintomatología de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°		Pág.
01	Calidad de vida del paciente onco-hematológico que reciben quimioterapia en el HN PNP "LNS" y género, en el año 2016	70
02	Dimensión global de salud de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	72
03	Dimensión funcional de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	74
04	Dimensión de la Sintomatología de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016	76

RESUMEN

La presente investigación sobre “Calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia y género en el HN PNP “LNS”, año 2016”. Objetivo: determinar la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género. Metodología: Descriptivo comparativo de corte transversal, La muestra: 44 pacientes (22 mujeres vs 22 varones). Resultados: Se observa baja CV en ambos géneros en las tres dimensiones. La dimensión global es baja en 75.8% mujeres vs varones 56.4%; la dimensión funcional es más baja las mujeres (71.1%) frente a los varones (54.1%), siendo los más afectados el rol emocional (84.5% mujeres vs 58.0% varones) y la dimensión de la sintomatología presenta baja CV por la presencia del dolor (77.3% mujeres vs 60.6%varones). Conclusión: La mayoría de tienen una baja calidad de vida en todas las dimensiones para ambos géneros, con predominio en el género femenino.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, paciente onco-hematológico, quimioterapia, dimensión global de salud, dimensión funcional, dimensión de la sintomatología, género.

ABSTRACT

The present research on "Quality of life of onco-hematologic patients receiving chemotherapy and gender in HN PNP" LNS ", year 2016". Objective: to determine the quality of life of onco-hematologic patients receiving chemotherapy to gender. Methodology: Descriptive cross-sectional comparison, The sample: 44 patients (22 women vs 22 men). Results: Low CV was observed in both genders in all three dimensions. The overall dimension is low in 75.8% women vs. men 56.4%; The functional dimension is lower for women (71.1%) than for men (54.1%), with the emotional role being the most affected (84.5% women vs. 58.0% men) and the dimension of the symptomatology presents low CV due to the presence of Pain (77.3% women vs 60.6% men). Conclusion: Most have a low quality of life in all dimensions for both genders, with predominance in the female gender.

KEY WORDS: Quality of life, onco-hematologic patient, chemotherapy, global health dimension, functional dimension, dimension of symptomatology, gender.

PRESENTACIÓN

El cáncer es el término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis, siendo la principal causa de muerte por cáncer. El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en el año 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer, y se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. (Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015))

Los tratamientos del cáncer pueden causar efectos secundarios que ocurren cuando el tratamiento afecta tejidos u órganos sanos, los efectos varían de una persona a otra, aun entre personas que reciben el mismo tratamiento. Algunas personas tienen pocos efectos secundarios mientras que otras tienen más. Los efectos secundarios pueden deberse al tipo de tratamiento, así como la cantidad o la frecuencia del mismo, su edad y otros padecimientos de salud. (Instituto nacional del cáncer) (NCI, 2015) (OMS, 2015)

Hoy en día existe un acuerdo entre los profesionales en que debe ser el paciente quien mida su calidad de vida. La función principal de la valoración de la CV en el cáncer es la de contribuir a ofrecer intervenciones mejores a los pacientes. (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004)

La definición del concepto de calidad de vida (CV) aparece en el año 1948, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad y se acompañó posteriormente del termino CV hasta

evolucionar desde una definición conceptual hasta una serie de escalas y cuestionarios que permiten medir la percepción general del individuo, en tanto que la funcionalidad, el dolor, y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. (Cruz Bermúdez, Moreno Collazos, & Angarita Fonseca, 2013)

La valoración de la calidad de vida puede empezar por conocer cómo afecta la enfermedad a diversos aspectos concretos de la vida diaria del paciente. Puede obtenerse así una medida de la reducción de la calidad de vida desde el punto de vista subjetivo. Así pues, la calidad de vida (subjetiva) en el paciente oncológico podría definirse como “la valoración que hace el paciente respecto a en qué medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana en un periodo concreto de tiempo. (Font, 1994)

Debido al creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. (Núñez López, 2015) (Gómez - Vela & Sabeh, 2015) (Arostegui, 1998).

Para los profesionales de la salud, principalmente para los enfermeros el estudio de la calidad de vida de los pacientes onco-hematológicos se ha convertido en uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de nuestra profesión, ya que esto permite conocer de manera integral al paciente y sus afecciones que podrían estar limitando su normal desenvolvimiento en la sociedad.

El presente trabajo lleva como título: “calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia y género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016, teniendo como objetivo general determinar la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”

Es importante realizar esta investigación porque de no intervenir en forma permanente sobre la calidad de vida de los pacientes, se corre el riesgo de que muchos de ellos presenten complicaciones graves que atenten contra su vida y que exista la posibilidad de abandonar el tratamiento.

Con los resultados y/o hallazgos del presente estudio se garantizará el conocimiento fiable del diagnóstico situacional de los pacientes y se fomentará que las autoridades prioricen la creación de un consultorio de enfermería donde se coordine con diferentes especialidades para lograr mejorar la calidad de atención de salud del paciente onco-hematológico, logrando un éxito en su tratamiento y disminuyendo posiblemente sus complicaciones.

Además es mucho el interés de enfermería sobre el estudio de la calidad de vida de pacientes, pero en el hospital, todavía no se han realizado estudios sobre este tema en el servicio de quimioterapia, por ende no se cuenta con información fiable. Siendo este trabajo un punto de partida para siguientes trabajos de investigación que permitan conocer la calidad de vida de los pacientes.

El presente trabajo está dividido por capítulos, en los cuales, el capítulo corresponde a la introducción en donde se presenta la situación problemática, formulación del problema, justificación e importancia, y los objetivos. El capítulo II corresponde al marco teórico, en donde se muestran los antecedentes del problema, las bases teóricas, la definición operacional de términos y el planteamiento de la hipótesis. Capítulo III, que presenta la metodología, donde se realiza el tipo y diseño de

investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, muestra y muestreo, criterios de selección, técnicas e instrumento de recolección de datos, y procedimientos para el análisis e interpretación de la información. El capítulo IV corresponde a los resultados y discusión. Por último tenemos el capítulo V que muestra las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Usualmente se conoce o se escucha sobre alguna persona que tiene o ha tenido cáncer y que por ello fue sometida a algún tipo de tratamiento como la cirugía, radioterapia o quimioterapia, lo que genera un cambio en su calidad de vida, la cual depende no solo de su diagnóstico sino que posiblemente se deba al tipo de tratamiento que reciba.

El cáncer es el término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis, siendo la principal causa de muerte por cáncer. El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en el año 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer, y se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. (Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015))

Cada tipo de cáncer necesita un tratamiento específico que puede abarcar una o más modalidades, tales como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. El objetivo principal del tratamiento es curar el cáncer o prolongar la vida de forma considerable. Otro objetivo importante consiste en mejorar la calidad de vida del paciente, la cual se puede lograr con atención paliativa y apoyo psicológico. (OMS, 2015)

Los tratamientos del cáncer pueden causar efectos secundarios que ocurren cuando el tratamiento afecta tejidos u órganos sanos, los efectos varían de una persona a otra, aun entre personas que reciben el mismo tratamiento. Algunas personas tienen pocos efectos secundarios mientras que otras tienen más. Los efectos secundarios pueden deberse al tipo de tratamiento, así como la cantidad o la frecuencia del mismo, su edad y otros padecimientos de salud. (Instituto nacional del cáncer)(NCI, 2015)(OMS, 2015)

Los efectos secundarios causados por la quimioterapia, además de los síntomas que ocasiona la enfermedad, podrían disminuir la calidad de vida de los pacientes, alterando todo su bienestar.

El grupo de la OMS en 1996, definió la calidad de vida como “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”. (WHO Quality of life - WHOQOL, 1996)

En el campo oncológico se percibe que los pacientes que están inmersos en el tratamiento de quimioterapia suelen afectar su calidad de vida, como lo muestra, Blasco & Inglés (1997) en un estudio sobre calidad de vida y adaptación a la enfermedad en

pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia, donde se entrevistó a 140 pacientes antes de que recibieran un ciclo de tratamiento de quimioterapia evaluándose su calidad de vida y su adaptación a la enfermedad. Los resultados indican que, independientemente del tipo de quimioterapia, "las mujeres experimentan más deterioro en su calidad de vida durante el tratamiento, y, por otro lado, que a mayor número de ciclos de quimioterapia recibidos, mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes. (Blasco & Inglés, 1997)

Se sabe que una de las complicaciones de la quimioterapia es la mucositis, como se observa en México, donde se encontró que 95.1% de pacientes presentaron evidencia de una enfermedad periodontal. Con ayuda del índice de higiene oral simplificado (IHOS) se determinó que 50.6% de las pacientes presentaron restos que cubren más de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie dental, con una frecuencia (n) de 41; en el 39.5% se encontró que la mucositis es uno de los factores determinantes para desencadenar o agravar la enfermedad periodontal durante y después del tratamiento citostático. (Ocampo García, Barrón Garcés, & Barrera Franco, 2014)

Estudios realizados, muestran que la calidad de vida de los pacientes que se someten a quimioterapia es alterado; como se muestra en Brasil, encontrándose resultados que evidenciaron que la mayoría de los pacientes (82,4%) presentó por lo menos uno de los síntomas estudiados, entre el primero y 21º día del ciclo de tratamiento. La náusea fue el síntoma más frecuente (76,5%), presentando pico en el 4º y 5º días del ciclo. Enseguida la diarrea (70,5%) con pico en el 7º día y, por último, el vómito (53,0%) con pico en el 5º día. (Almeida, Gutiérrez, & Adami, 2004)

En Colombia, se realizó un estudio donde se muestra que la calidad de vida fue mejor en las mujeres con mayor nivel de

escolaridad, las afiliadas al régimen contributivo en salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, las que provenían del nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad sus creencias personales (religiosas y espirituales). Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y ser escéptica constituyeron factores de riesgo para obtener puntajes menores en la calidad de vida. En este estudio se obtuvo un promedio de 3,9 en la calidad de vida de las pacientes y de 3,7 en su satisfacción con la salud (DE = 1,1 para ambas puntuaciones). (Salas Zapata & Grisales Romero, 2010)

Por otro lado, Gallego Aranda T, et al (2008), en su estudio: “Calidad de vida en pacientes oncológicos”, cuyo objetivo fue evaluar la percepción sobre la calidad de vida en pacientes con tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia, en donde se incluyeron pacientes de todos los servicios de oncología que tenían al menos un mes de tratamiento con quimioterapia del hospital Universitario de la Princesa, concluyeron que la mayor incidencia de la quimioterapia sobre la calidad de vida percibida por los pacientes afecta principalmente a sus actividades habituales. (Gallego Aranda, Domingo Martín, Leal Serrano, Pérez Romero, Ruíz Iruela, & Morell Baladrón, 2008)

En el servicio de quimioterapia del hospital nacional PNP “Luís N Sáenz”, se atiende aproximadamente 200 pacientes mensuales, tal como lo muestran los datos estadísticos de agosto 2015 en donde se atendieron 233 pacientes.

Al interactuar con los pacientes, se observa que la problemática encontrada en el servicio de quimioterapia, es que los pacientes refieren encontrarse deprimidos y que por lo general su estilo de vida ha cambiado a partir, no solo del diagnóstico médico sino también del tratamiento que llevan. Existen algunos pacientes que presentan cambios no solo físicos, sino emocionales que no les

permite llevar su vida como antes, por lo que presentan problemas de náuseas, vómitos, alteraciones en la deposición, fatiga, mal humor, etc. lo cual genera muchas molestias en ellos; además de que los pacientes no colaboran con su atención presentando en algunos casos rechazo al tratamiento. Estos problemas identificados se deban posiblemente a los efectos colaterales de la quimioterapia además de los signos y síntomas causados por su enfermedad.

En el servicio de quimioterapia, se observa que de cada 10 pacientes atendidos, alrededor de 5 a 7 presentan complicaciones debidas al tratamiento de quimioterapia, y que en muchos casos requieren atención médica, por consultorio o por emergencia, según su gravedad. Existen algunos pacientes que presentan cambios no solo físicos, sino emocionales que no les permite llevar su vida como antes, por lo que presentan problemas de náuseas, vómitos, alteraciones en la deposición, fatiga, mal humor, etc. lo cual genera muchas molestias en ellos; además de que los pacientes no colaboran con su atención presentando en algunos casos rechazo al tratamiento. Estos problemas identificados se deban posiblemente a los efectos colaterales de la quimioterapia además de los signos y síntomas causados por su enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016?

1.2.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la dimensión global de salud de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016?
- ¿Cuál es la dimensión funcional de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016?
- ¿Cuál es la dimensión de la sintomatología de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

a) justificación: Este estudio se justifica:

Justificación práctica.- Los hallazgos y/o resultados de este estudio, son de suma importancia para el personal de enfermería, porque ayuda a conocer la percepción de los pacientes en cuanto a su calidad de vida, lo cual nos permite consolidar los conocimientos en base a las experiencias adquirida en el tiempo que se realizan las labores, sobre los efectos que tiene la quimioterapia en los usuario que son la razón primordial de nuestra labor, pudiendo elaborar estrategias de intervención que minimicen los efectos secundarios del tratamiento y mejorar así la calidad de atención de enfermería,

mediante talleres educativos para pacientes y/o la formación de un programa de consultoría de enfermería.

Justificación teórico.- Mediante este estudio se logra conocer la calidad de vida de los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el hospital nacional PNP "Luis N. Sáenz.

Además es mucho el interés de enfermería sobre el estudio de la calidad de vida de pacientes, pero en el hospital, todavía no se han realizado estudios sobre este tema en el servicio de quimioterapia, por ende no se cuenta con información fiable. Siendo este trabajo un punto de partida para siguientes trabajos de investigación que permitan conocer la calidad de vida de los pacientes.

Justificación metodológica: El instrumento aplicado fue el cuestionario de la EORTC QLQ-C30 (versión 3) (Organización Europea para la Investigación en el Tratamiento del Cáncer). Traducido en 43 idiomas y validado en español. Su confiabilidad y validez en el Perú fue revisada por Velásquez (1997), en el INEN con 173 pacientes, utilizando el método de consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa Cronbach y encontrándose una validez en entre las escalas físico con actividad (P 0,0001), físico con síntomas (P 0,0008), actividad con Síntomas (P 0,0002), cognitivo con síntomas (P 0,0001), cognitivo con impacto económico (P 0,001).

b) Importancia

Es importante realizar esta investigación porque de no intervenir en forma permanente sobre la calidad de vida de los pacientes, se corre el riesgo de que muchos de ellos presenten complicaciones graves que atenten contra su vida y que exista la posibilidad de abandonar el tratamiento.

Además que con los resultados y/o hallazgos del presente estudio se garantiza el conocimiento fiable del diagnóstico situacional de los pacientes y se fomenta que las autoridades prioricen la creación de un consultorio de enfermería donde se coordine con diferentes especialidades para lograr mejorar la calidad de atención de salud del paciente onco-hematológico, logrando un éxito en su tratamiento y disminuyendo posiblemente sus complicaciones.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la dimensión global de salud de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”.
2. Determinar la dimensión funcional de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”.
3. Determinar la dimensión de la sintomatología de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

- a) Ticona SB, Santos EM y Siqueira AL (2015). Brasil, realizaron un estudio sobre: *Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia*. Objetivo: verificar si existen diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento; identificar las estrategias de afrontamiento y las variables clínicas y sociodemográficas que influyen sobre el estrés de pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia. Materiales y métodos: estudio transversal con abordaje cuantitativo. Conformaron la muestra 100 pacientes, 47 mujeres y 53 hombres, de la unidad ambulatoria de quimioterapia del AC Camargo Cáncer Center, Brasil. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) e Inventario de Estrategias de Coping. El análisis estadístico fue mediante el test-t, correlación de Pearson y regresión lineal con 95% de intervalo de confianza. Resultados: Las mujeres tuvieron más altos niveles de estrés ($p = 0,029$), y no hubo diferencia de género en las estrategias de afrontamiento. Adicionalmente, identificamos influencia positiva al estrés percibido en pacientes comprometidos con otras enfermedades ($\beta = 3,50$, $p = 0,00$),

género femenino ($\beta = 3,15$, $p = 0,04$), viudos ($\beta = 9,19$, $p = 0,00$), tratamiento con fluorouracil ($\beta = 6,36$, $p = 0,00$), que usan estrategias de dominio del afrontamiento ($\beta = 0,70$, $p = 0,00$), aceptación de responsabilidad ($\beta = 0,45$, $p = 0,01$) y estadio del tumor III ($\beta = 4,03$, $p = 0,05$). Conclusiones: el equipo de enfermería oncológica, por estar en estrecho y prolongado contacto con los pacientes, debe considerar el género y las características clínicas y sociodemográficas de cada paciente durante su cuidado.

b) Recalde, M. T. y Samudio, M. (2012). Paraguay, realizaron un estudio acerca de: *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010*. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de 125 mujeres, entre 25 y 90 años con cáncer de mama, que fueron sometidas a mastectomía y quimioterapia ambulatoria en el Hospital Día del Servicio de Hematología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. El abordaje metodológico fue observacional, descriptivo de corte transversal con componente analítico y una población de 125 mujeres, el instrumento utilizado fue el cuestionario (EORTC QLQ-C30) y módulo de cáncer de mama (QLQ-BR23). Se observó una buena correlación entre ambos instrumentos ($r=0,77$; valor $p<0,0001$), el QLQBR23 arrojó puntuaciones menores que el QLQ30 ($68,0\pm13,4$ frente $79,9\pm14,0$). La dimensión salud general tuvo el promedio más bajo. Ninguna persona calificó su salud general como excelente. La etapa de la enfermedad y presencia de linfedema se relacionaron con menor puntuación de la calidad de vida. En general, las mujeres afirmaron que su salud general y calidad de vida eran buenas; demostrando capacidad para desempeñar actividades laborales o del hogar y sociales. Se concluye que la calidad de vida relacionada a la salud es favorable en las pacientes estudiadas.

- c) Yeladaky Rios, A. y Hernández Fernández, Z. del Carmen (2013) en Veracruz, realizaron un estudio de: *Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia*. La investigación tuvo como objetivo principal determinar el nivel de calidad de vida que tienen los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia, fue un estudio Descriptivo, transversal, cuya población fue: 50 pacientes con diagnóstico de cáncer que recibían quimioterapia ambulatoria y la muestra la conformaron 30 pacientes. El instrumento utilizado fue el WHOQOL-Bref. Se concluyó que los pacientes de ambos géneros tuvieron una calidad de vida regular, la dimensión más afectada fue la física y la más preservada la ambiental
- d) Fonseca C, M., Schlack V, C., Mera M, E., Muñoz S, O., Peña L, J. (2013). En Santiago de Chile, realizaron una investigación sobre: *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal*. Su objetivo fue evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Se realizó un estudio exploratorio descriptivo, con una población de 77 pacientes, donde se realizó una encuesta FACT-G (Functional Assessment of Cancer Treatment). Se concluyó que es factible la realización de encuestas de calidad de vida en pacientes con cáncer, las cuales nos permiten realizar intervenciones puntuales sobre el paciente y sus cercanos que mejoren su calidad de vida.
- e) Cruz Bermúdez, H.F., Moreno Collazos, J.E. y Angarita Fonseca, A. (2013). Bucaramanga – Colombia, realizaron un estudio sobre: *Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga – Colombia*. Tuvo como objetivo realizar la medición de la CV en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga- Colombia. No experimental descriptivo, conformada por 40 pacientes en la que emplearon el cuestionario EORTC QLQ-C30. Se concluyó que la medición de

la CV es un proceso que se debería realizar de rutina, teniendo en cuenta que esta aporta información valiosa al momento de planear actividades de intervención en los pacientes. Se encuentra que, en el proceso evolutivo de la patología oncológica, los sujetos presentan disminución en la CV. Resulta interesante aplicar el cuestionario QLQ-C30 de CV en otras poblaciones, con tamaños muestrales más grandes y con diferentes características de la evolución de la enfermedad y en el tratamiento instaurado, para evaluar los cambios significativos en cada área evaluada.

2.1.2 Antecedentes nacionales:

- a) Tomas Capuñay, S.B. (2013). Lima. Realizó un estudio sobre: *Percepción del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria sobre su calidad de vida Hospital María Auxiliadora, 2010*, cuyo objetivos fueron, determinar la percepción del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria sobre su calidad de vida en el HAMA e Identificar la percepción en la necesidad fisiológica, seguridad, social, estima y autorrealización. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 30 pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala modificada tipo Lickert, considerando el consentimiento informado. Resultados. Del 100 % (30) ,53.3% (16) tienen una percepción medianamente favorable, 26% (8) desfavorable, 20% (6) favorable. En relación a la necesidad fisiológica, el 63.3% (19) es medianamente favorable, 23.3% (7) desfavorable y 13% (4) favorable. En cuanto a la necesidad de seguridad, 56% (17) es medianamente favorable; 23% (7) favorable y 20% (6) desfavorable. En la necesidad social; 70% (21) es medianamente favorable; 17% (5) favorable y 3,3% (4)

desfavorable en la necesidad de estima; 53.3%(16) es medianamente favorable, 27%(8) favorable y 20%(6) desfavorable y en la necesidad de autorrealización; 56.7%(17) es medianamente favorable, 23.3% favorable y 20%(6) desfavorable. Conclusiones: un porcentaje considerable de pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una percepción medianamente favorable, en aspectos fisiológicos, seguridad, social, estima y autorrealización referido a que los pacientes han presentado muchas náuseas en su última sesión de quimioterapia. Tuvieron miedo desde el día en que le informaron el tipo de tratamiento que llevarían; les resulta difícil entretenerse en sus tiempos de ocio por los efectos de la quimioterapia desde que inició su tratamiento. Amanecen con ganas de morir, sienten que hay pocas personas que los aprecian y los efectos de la quimioterapia les hace sentir inferior ante los demás.

- b) Núñez López, S. G. (2015). Lima, realizó un estudio sobre: *Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria Albergue Padre Robusccini – 2014*. El objetivo fue determinar el nivel la calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria en el Albergue Padre Robusccini según la escala global de salud, escala funcional y escala de síntomas. Fue un estudio cuantitativo, tipo aplicativo, método no experimental, diseño descriptivo de corte transversal. Muestra de 80 pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria, en donde se aplicó el cuestionario EORTC QLQ - C30 (versión 3) tipo Lickert, a través de una encuesta. Las conclusiones fueron: Un porcentaje significativo de pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una baja calidad en la escala global referido a que los pacientes han presentado síntomas colaterales del tratamiento de quimioterapia y la alteración de la dimensión funcional. En la escala funcional, perciben su calidad de vida baja referido a que la enfermedad y

el tratamiento quimioterapéutico afectaron en su vida familiar y sus relaciones personales, siendo influenciados por el distres psicológico alterando la calidad de vida, presentan dificultad en actividades que requieran esfuerzo físico, como llevar bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés. En la dimensión de síntomas presenta una baja calidad de vida referido a que la enfermedad y el traslado les crearon inconvenientes económicos y experimentaron intensos dolores corporales que limitan el trabajo diario.

- c) Gonzales Cooper, N. I. y Lluén Lozano, G. O. (2013). Realizaron una investigación sobre: *Calidad de vida en pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento, atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo, durante el periodo 2007-2012*. Su objetivo fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con LMC que estuvieran en tratamiento quimioterapéutico, que fueron atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) de Chiclayo, entre enero del 2007 a diciembre del 2012. El estudio fue descriptivo, tipo serie de casos. Se seleccionaron a todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados con leucemia mieloide crónica en fase crónica que estuvieran en tratamiento quimioterapéutico. Se revisaron las historias clínicas y se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, con la finalidad de aplicar el instrumento elaborado por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del cáncer para valorar la calidad de vida, con los datos obtenidos se clasificó la calidad de vida en alta (si el porcentaje era mayor de 65 %) y en baja (si el porcentaje era menor o igual a 65 %). En los resultados se incluyeron en el estudio a 32 pacientes con leucemia mieloide crónica, de los cuales, el 60 % presentó una mala calidad de vida respecto al estado global de la salud, así

como también en las escalas funcional (sub-escala emocional) y sintomática. Concluyendo que los resultados obtenidos mostraron que los pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento quimioterapéutico presentaron una mala calidad de vida. Descriptivo, tipo serie de casos cuya población fue conformada por aquellos pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) pertenecientes al departamento de Lambayeque y la muestra fue 32 pacientes con LMC.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Calidad de vida

La calidad de vida aparece durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana, debido al creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. (Núñez López, 2015) (Gómez - Vela & Sabeh, 2015) (Arostegui, 1998).

El término calidad de vida se usó indistintamente para nombrar innumerables aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. Hunt SM. En 1997, refiere que el sentido del término

calidad de vida es indeterminado, y aunque tenga un ajuste adecuado en determinadas circunstancias no deja de tener un riesgo ideológico. En su esencia parece un asunto lingüístico, cultural y fenomenológico acaso perteneciente al mundo de la filosofía y que como constructo hipotético desafía su manejo científico. (Fernández López, Fernández Fidalgo, & Cieza, 2010) Para la Real Academia Española, calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. Y para Oleson M. 1990 y The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) en 1995, lo define como el grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios. (Fernández López, Fernández Fidalgo, & Cieza, 2010)

El concepto de calidad de vida representa un término multidimensional que implica componentes subjetivos y objetivos en el cual se incluyen aspectos de bienestar; de los que pueden agruparse en 5 dominios principales: el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión). Sin embargo, es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación de empleo o a las políticas en salud. (Ávila Funes, 2013) (Palomba, 2002)

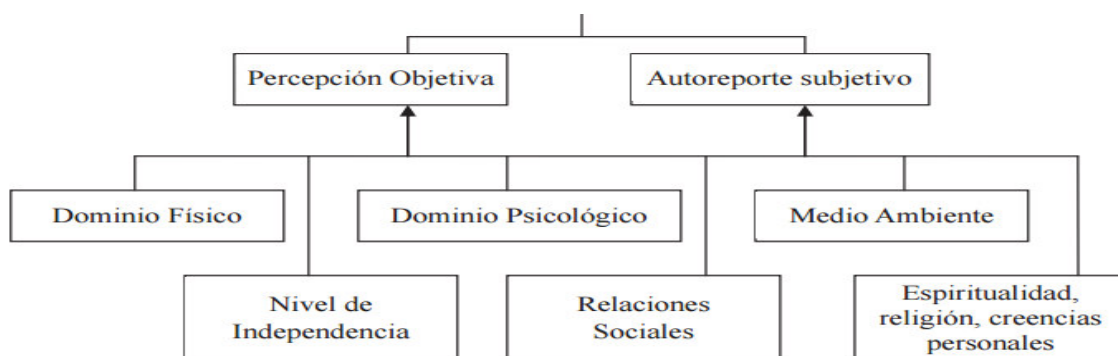
Según la OMS, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo

complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (Núñez López, 2015)

La OMS en 1995 desarrolló un grupo de trabajo en calidad de vida (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL), el cual ropuso una definición propia donde los investigadores explicitaron algunas de las características del constructo, tales como que la calidad de vida es subjetiva, que se distingue la percepción de condiciones objetivas (por Ej. Recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso), y que su naturaleza multidimensional incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas. (Urzúa M, Urízar, & Alejandra, 2012)

Ilustración 2

Diagrama del modelo planteado por la OMS a través del grupoWHOQOL



Núñez 2015, refiere que cuando se habla de calidad de vida en pacientes oncológicos que recibe quimioterapia y funcionamiento social del sujeto, se aceptan los síntomas relacionados con la enfermedad o tratamiento. (Núñez López, 2015)

Ferriols R., Ferriols F., Alós M., Magraner J. en 1995, citado por Gonzales Cooper y Lluén Lozano, 2013, refieren que los

expertos en este campo perciben la calidad de vida como una estructura multidimensional, que estaría a su vez constituida por una serie de dimensiones o factores.

Estos factores incluyen fundamentalmente: (Gonzales Cooper & Lluén Lozano, 2013)

- Estado y funcionamiento a nivel físico. Estado funcional, morbilidad, actividad física, etc. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. (Núñez López, 2015)
- Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento. Síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc. (Ferriols Lisart, Ferriols Lisart, Alós Almiñana, & Magraner Gil, 1995)
- Funcionamiento psicológico. Ansiedad o depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento. El bienestar psicológico se relaciona con el control, la ansiedad y el temor, la depresión, la cognición y la angustia que generan la enfermedad. (Núñez López, 2015)
- Funcionamiento social. Alteraciones en la actividad social normal. El bienestar social determinado por las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entendimiento el aislamiento, el trabajo y la situación económica y el sufrimiento familiar. (Núñez López, 2015)

A estos factores se suelen añadir otros factores como pueden ser los relativos al estado espiritual o existencial, al funcionamiento sexual e imagen corporal, así como el referido a la satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos. (Ferriols

Lisart, Ferriols Lisart, Alós Almiñana, & Magraner Gil, 1995)
(Gonzales Cooper & Lluén Lozano, 2013)

Font, 1988, refiere que el abordaje empírico de la valoración de la calidad de vida puede empezar por conocer cómo afecta la enfermedad a diversos aspectos concretos de la vida diaria del paciente. Puede obtenerse así una medida de la reducción de la calidad de vida desde el punto de vista subjetivo. Así pues, la calidad de vida (subjetiva) en el paciente oncológico podría definirse como “la valoración que hace el paciente respecto a en qué medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana en un periodo concreto de tiempo”. (Font, 1994)

2.2.2. Cáncer

El cáncer es el término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis, siendo la principal causa de muerte por cáncer. (OMS, 2015)

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia,

especialmente si se detectan en una fase temprana. (OMS, 2015)

2.2.3. Causas del cáncer:

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: (OMS, 2015) (Chavez Félix, 2015) (Corporación empresarial Pascual SL, 2015)

- Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioleta e ionizantes.
- Carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida).
- Carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

2.2.4. Tipos de cáncer

Hay más de 100 tipos de cáncer. Los tipos de cáncer reciben, en general, el nombre de los órganos o tejidos en donde se forman los cánceres. Los cánceres pueden también describirse según el tipo de célula que los forma, como célula epitelial o célula escamosa. (NCI, 2015)

El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única,

sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: (Aibar, y otros, 2003)

- a) los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.
- b) Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas.
- c) En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

2.2.5. Tratamiento del cáncer

El diagnóstico correcto del cáncer es esencial para un tratamiento adecuado y eficaz, porque cada tipo de cáncer necesita un tratamiento específico que puede abarcar una o más modalidades, tales como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. El objetivo principal radica en curar el cáncer o prolongar la vida de forma considerable. Otro objetivo importante consiste en mejorar la calidad de vida del paciente, lo cual se

puede lograr con atención paliativa y apoyo psicológico. (OMS, 2015)

a) Quimioterapia

La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos antineoplásicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación; las otras tres son la cirugía, la radioterapia y la bioterapia. (Aibar, y otros, 2003)

Estos fuertes medicamentos circulan en el torrente sanguíneo y dañan directamente las células que están creciendo en forma activa. Debido a que, por lo general, las células cancerosas crecen y se dividen más rápidamente que las células normales, son más susceptibles a la acción de estos fármacos. Sin embargo, el daño a las células normales es inevitable y explica los efectos secundarios vinculados a estos fármacos. (American Society of Clinical Oncology (ASCO)., 2005-2014)

Objetivo: Evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión a los tejidos subyacentes o el desarrollo de metástasis. (Aibar, y otros, 2003)

Factores que influyen en la selección de medicamentos: (Aibar, y otros, 2003)

Condiciones del paciente, tipo celular del cáncer, velocidad de absorción del medicamento, localización del tumor (muchos medicamentos no cruzan la barrera hematoencefálica), carga tumoral (los tumores más grandes por lo general responden menos a la quimioterapia), y la resistencia del tumor a la

quimioterapia (las células cancerosas pueden hacer mutaciones y producir varias células malignas distintas a las originales).

a.1.efectos secundarios de la quimioterapia

Los efectos secundarios de la quimioterapia varían en función del tratamiento y del paciente. No todos los pacientes los sufren y pueden variar mucho de una persona a otra según el tipo y localización del tumor, el tipo y la duración del tratamiento y las dosis utilizadas. Los efectos secundarios y la toxicidad son los aspectos limitantes de esta terapéutica; el margen de la seguridad es muy estrecho, por lo que frecuentemente puede convertirse en un tratamiento con alto grado de toxicidad. (Núñez López, 2015)

Los pacientes sometidos a quimioterapia pueden presentar: Toxicidad hematológica, digestiva, cardíaca, renal, vesical, pulmonar, neurológicas, dermatológica, gonadal y reacciones de hipersensibilidad; dependiendo no solo de los agentes quimioterápicos, sino otros factores adyacentes. (Núñez López, 2015) (J. Ferreiro, 2003)

a.1.1. Alteraciones hematológicas:

La gran mayoría de los agentes quimioterápicos afectan negativamente al sistema hematopoyético, bien directamente a la médula ósea, bien indirectamente al influir en el microambiente de la médula ósea o al interactuar con las células o los factores que regulan la hematopoyesis. (J. Ferreiro, 2003)

1. Mielosupresión: Los efectos sobre la médula ósea dependerán del momento del ciclo celular sobre el que actúe el fármaco. Normalmente se inicia a los 7-9 días de

la administración del medicamento, adquiriendo su máxima expresión durante los 10-15 días y revierte a los 18-21 días. Las infecciones son la mayor causa de morbi-mortalidad en pacientes con cáncer, puesto que los neutrófilos son los encargados de la defensa frente a infecciones bacterianas y fúngicas. El riesgo de infección depende de la intensidad y duración de la inmunosupresión, especialmente cuando el recuento de neutrófilos es inferior a 500 mm³ y se mantiene más de 5 días. (J. Ferreiro, 2003)

2. Anemia: Aunque muchos tratamientos pueden ser responsables de la anemia, numerosos pacientes la presentan mucho antes de la administración del tratamiento citostático, por la hemólisis, el sangrado, la malnutrición con deficiencias nutricionales (hierro, vitamina B12, ácido fólico) o la ocupación medular. (J. Ferreiro, 2003)

La anemia se acompaña de múltiples síntomas como: debilidad, cansancio, fatiga, sensación de falta de aire ante pequeños esfuerzos, palpitaciones (aumento de la frecuencia cardíaca), mareos, palidez de la piel y de las mucosas. (Asociación española contra el cáncer (aecc), 2015)

3. Trombocitopenia: La trombocitopenia en un paciente con cáncer es típicamente secundaria al tratamiento administrado de quimioterapia o radioterapia, pero, también puede ser debida a la coagulación intravascular diseminada asociada a algunas neoplasias, a la infiltración de la médula ósea, ser autoinmune (apareciendo sobre todo en la LLC y en los Linfomas) o puede aparecer por distintos medicamentos utilizados en

el tratamiento de complicaciones de estos enfermos (penicilina y carbenicilina) (J. Ferreiro, 2003)

Las hemorragias pueden aparecer en distintas localizaciones: epistaxis, hemoptisis, hematemesis, melenas. Otra manifestación puede ser la aparición de hematomas o petequias. Dependiendo de su grado de severidad puede ser necesaria la transfusión profiláctica de plaquetas. (Sociedad Española de Oncología Médica, 2003)

4. **Plaquetopenia:** Las plaquetas son células producidas por la médula ósea que poseen un papel muy importante en la coagulación de la sangre. Cuando la quimioterapia afecta a la médula ósea, el número total de plaquetas puede descender, por lo que aumenta el riesgo de hemorragia incluso ante mínimos traumatismos. De hecho, se pueden observar hematomas que han surgido espontáneamente. (Asociación española contra el cáncer (aecc), 2015)

a.1.2. Alteraciones digestivas:

1. **Mucositis:** Vincent De Vita 1993 refiere que la mucositis oral es un problema significativo en los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia. La incidencia estimada en pacientes que reciben quimioterapia oscila entre un 40%, elevándose a un 75% en caso de trasplante de médula ósea. La mucositis no sólo produce dolor sino que dificulta la nutrición del paciente y la continuación del tratamiento. (J. Ferreiro, 2003)

2. Náuseas y vómitos: Díaz Rubio E, Martín M, en 1992 afirman que las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia representan el efecto tóxico más frecuente, apareciendo aproximadamente en un 70-80% de los pacientes que la reciben, siendo de tipo anticipatorio en un 10-44%, constituyendo uno de los fenómenos que más deterioran la calidad de vida del paciente oncológico. Pudiendo condicionar la modificación del tratamiento o el rechazo del mismo por el paciente. (J. Ferreiro, 2003)
3. Trastornos del ritmo intestinal: A nivel intestinal puede producirse tanto diarrea como estreñimiento, dependiendo del fármaco que estemos administrando. Las diarreas pueden producir tanto disminución de la calidad de vida del paciente como complicaciones médicas importantes por depleción de volumen y alteraciones electrolíticas. Su severidad se evalúa en función del número de deposiciones/día, la presencia de deposiciones nocturnas, la necesidad de tratamiento intravenoso y la presencia de moco y/o sangre en las heces. (Sociedad Española de Oncología Médica , 2003)

El estreñimiento se da con mayor frecuencia en mujeres, con una mayor incidencia en los pacientes con tratamiento analgésico con opiáceos y con los fármacos habitualmente empleados para prevenir o tratar las náuseas y vómitos. La disminución del ejercicio físico y las deficiencias nutricionales también favorecen a la aparición de estreñimiento. (Sociedad Española de Oncología Médica , 2003)

4. Anorexia: Se manifiesta durante varios días después del tratamiento con la sintomatología de pérdida de peso, desnutrición. Casi siempre, la anorexia relacionada con la

quimioterapia se debe alteraciones del sabor y olfato. (Núñez López, 2015) (Tomas Capuñay, 2013)

La alteración del gusto es un efecto secundario bastante frecuente. Se suele producir por daño directo de las papilas gustativas situadas en la lengua y el paladar. (Asociación española contra el cáncer (AECC), 2015)

a.1.3. Alteraciones dermatológicas

1. Alopecia: La alopecia se debe a una inhibición de la multiplicación celular de los folículos en la anafase del ciclo celular. La pérdida de pelo se inicia entre la 1ª y 2ª semanas de la administración del quimioterápico y se hace más evidente a los dos meses. (J. Ferreiro, 2003)

No todos los agentes quimioterápicos causan alopecia, pero éste puede traer un fuerte golpe psicológico para algunas personas. (Núñez López, 2015) (J. Ferreiro, 2003) (Tomas Capuñay, 2013) (Brastcancer.org, 2014)

2. Alteraciones de la piel y de las uñas: Es frecuente que durante el tratamiento con quimioterapia se presenten alteraciones, generalmente de poca importancia, en la piel y las uñas. Estas alteraciones consisten en la aparición de prurito (picor), eritema (color rojo de la piel), sequedad, y descamación. Las uñas se vuelven de coloración oscura, quebradizas, rompiéndose con facilidad y suelen aparecer bandas verticales en ellas. (Asociación española contra el cáncer (aecc), 2015)

a.1.4. Otros efectos secundarios

1. Alteraciones neurológicas: Algunos fármacos que se emplean en el tratamiento de tumores pueden ser capaces de provocar lesiones en los nervios que llegan a los distintos órganos y miembros de nuestro cuerpo. Cuando esto ocurre, pueden aparecer síntomas como disminución de la sensibilidad, acorchamiento, hormigueos y sensación de pinchazos en las extremidades (brazos y piernas). Otros síntomas, que también pueden indicar alteración neurológica, son la pérdida de fuerza y destreza manual (por ejemplo, dificultad para abrocharse los botones). (Asociación española contra el cáncer (aecc), 2015)

Estas alteraciones neurológicas son pasajeras y suelen desaparecer tras finalizar el tratamiento; sin embargo, en algunos casos la recuperación puede ser lenta y no se aprecia hasta meses después de finalizar el mismo.

2. Dolor: El dolor es una sensación desagradable y una experiencia emocional, asociado con actual o potencial daño tisular. El dolor es enteramente subjetivo y no existe signos físicos ni pruebas de laboratorio capaces de medirlo. El mejor alivio de cualquier dolor es la desaparición de la causa que los produce. Se puede determinar que estos son efectos de la quimioterapia con algunas de las toxicidades que podría ocasionar estas y repercutir en su vida del paciente. (Núñez López, 2015)

3. Alteraciones cardíacas: Los efectos secundarios cardíacos ocurren con determinados fármacos y generalmente dependen de la dosis a la que se empleen dichos fármacos. Por ello, es frecuente que se determine lo que en medicina se llama “fracción de eyección ventricular” (también llamada

FEVI) mediante una exploración en el servicio de medicina nuclear y cuya finalidad es saber si el corazón funciona correctamente. (Asociación española contra el cáncer (aecc), 2015)

4. Alteraciones de la vejiga urinaria: Determinados fármacos antineoplásicos pueden causar irritación de la vejiga (cistitis) provocando una serie de síntomas como escozor y dolor al orinar, sensación de necesidad urgente de orinar, sangre en la orina, etc. Por ello es necesario beber abundantes líquidos para minimizar el daño en la misma. (Asociación española contra el cáncer (aecc), 2015)

5. Alteraciones renales: El riñón es una de las principales vías de eliminación de los citostáticos, y por ello, fácilmente vulnerable. Si los productos de eliminación son muy reactivos o poco solubles, puede producirse nefrotoxicidad. Los glomérulos y los túbulos distales son los más frecuentemente afectados. Puede cursar de forma asintomática, con elevaciones de la creatinina, proteinuria e insuficiencia renal aguda anúrica que requiera diálisis. (J. Ferreiro, 2003)

Es muy importante mantener una hidratación adecuada durante el tratamiento con quimioterapia, asegurando la ingesta de 2 y medio a 3 litros de agua al día. (Asociación española contra el cáncer (aecc), 2015)

6. Alteraciones en la sexualidad y la fertilidad: Determinados síntomas que aparecen durante el tratamiento con quimioterapia, como náuseas, vómitos, malestar, diarrea, mucositis, etc., disminuyen o hacen desaparecer el deseo y la apetencia sexual. La alopecia puede disminuir la

autoestima y afectar negativamente a la imagen corporal del enfermo, pudiendo ser una causa importante en la pérdida de interés sexual. Generalmente, cuando los efectos secundarios mejoran o desaparecen, el deseo sexual suele restablecerse.

Sin embargo, determinados fármacos empleados en el tratamiento oncológico pueden afectar a los órganos sexuales (ovarios en las mujeres y testículos en los varones) provocando una serie de síntomas que dependerán del sexo del paciente. Por ejemplo en la mujer hay reducción de la producción normal de hormonas sexuales femeninas, dando lugar a una serie de síntomas similares a una menopausia; y en el varón algunos fármacos puedan provocar lesiones neurológicas y alteraciones en la erección, en pocas ocasiones estas alteraciones son definitivas y suelen mejorar al finalizar el tratamiento. (Asociación española contra el cáncer (aecc), 2015)

2.2.6. Teorías relacionadas a calidad de vida y cáncer:

a. Teoría del autocuidado:

Dorothea Orem, enfermera creadora de esta teoría, la presentó por primera vez en la década de los cincuenta y se publicó en 1972. La define como déficit de autocuidado, compuesta por tres teorías relacionadas:

El autocuidado: consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

El déficit de autocuidado descrito por Orem se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. Aquí actúan los sistemas de enfermería.

Sistemas de enfermería: son las acciones que realiza la enfermera de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los mismos.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar.

Esta autora considera el concepto auto como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia. (Triviño V. & Sanhueza A., 2005)

En las variadas aplicaciones prácticas de esta teoría, entre las que se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud, está la oncología, donde la enfermera realiza actividades educativas para la detección precoz del cáncer, observando los factores de riesgo, y para mantener el autocuidado del paciente después de haberse diagnosticado.

Se ha encontrado el efecto de la consultoría en enfermería en ansiedad y, por otro lado, el efecto del autocuidado de los pacientes que están recibiendo terapia de irradiación, y el autocuidado en el manejo paliativo del dolor. Aquí el sistema de enfermería apoya al paciente oncológico, y opera brindando cuidados a los pacientes cuando éstos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente oncológico buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tendrá en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida. (Triviño V. & Sanhueza A., 2005)

b. Teoría de la incertidumbre:

Teoría desarrollada por Mishel Merle, quien la define como la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad, y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos; y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimiento. (Triviño V. & Sanhueza A., 2005)

La incertidumbre, como un estado cognitivo, aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurado o categorizado debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa. Estos eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente. El estudio de la incertidumbre representa un área inquisitiva de fenómenos conceptuales. El aporte técnico de enfermería junto a disciplinas relacionadas proveerá conceptos como cuidado y apoyo, probando la teoría y confirmando su generalización en los problemas de la práctica clínica de enfermería. La teoría de incertidumbre tiene su más fuerte apoyo entre los sujetos que están experimentando la fase aguda de una enfermedad, o están en una fase crónica con deterioro lento y progresivo de su cuerpo. Esta teoría no ha sido aplicada en pacientes que viven con una incertidumbre específica en una enfermedad, con una fase aguda tratable y con una eventual recurrencia. Los estudios sobre la incertidumbre como fenómeno o problema psicológico que influye en los pacientes como productora de síntomas psicológicos son escasos, la mayoría se refiere a estudios efectuados en pacientes con cáncer y solamente uno a enfermedades crónicas en general realizados en Estados Unidos. Mishel desarrolló una escala de 29 ítems, midiendo en cien pacientes la incertidumbre en relación con el diagnóstico, la sintomatología, el tratamiento, la relación con proveedores de cuidado y el planteamiento para el futuro del paciente. En los acontecimientos de la vida real parece ser que la incertidumbre máxima suele ser estresante, pudiendo tener un efecto inmovilizador sobre procesos anticipatorios de afrontamiento, y puede provocar también confusión mental.

La teoría de la incertidumbre es reconocida por la enfermera en su práctica para discutir una nueva probabilidad de afrontamiento con los pacientes con cáncer, a fin de tratar de evitar el efecto inmovilizador en el mismo. Dado que la incertidumbre produce estrés, la habilidad de la enfermera podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida en que provea información periódica y cierta sobre su estado al paciente oncológico y a su familia. Es importante que la enfermera propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés, desadaptabilidad, crisis, temores, para trabajar en equipo un plan individual con el paciente. El afrontamiento le permite al paciente oncológico aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud/ enfermedad, lo cual puede llegar a constituir avances en su mejor calidad de vida. (Triviño V. & Sanhueza A., 2005)

2.2.7. Rol de enfermería en el tratamiento de quimioterapia

Los cuidados de enfermería del paciente que recibe quimioterapia requieren estrategias múltiples de valoración e intervención. Comienzan con la comprensión profunda de cinco elementos principales: el estado del paciente, el objetivo de la terapia, la dosis, los horarios y la vía de administración del medicamento utilizado, los principios de la administración y los efectos secundarios posibles. La evaluación psicosocial continua y la enseñanza del paciente requieren intervenciones inteligentes de enfermería. (Gómez, 2015)

Es importante que la enfermera conozca los objetivos del tratamiento, las clasificaciones de los medicamentos y sus mecanismos de acción, los principios del crecimiento tumoral y la destrucción celular y los protocolos de administración.

La quimioterapia solo debe ser administrada por enfermeras capacitadas y experimentadas en dicho tratamiento. La enseñanza del paciente y su familia sobre múltiples aspectos de la quimioterapia (procedimiento, toxicidad y efectos secundarios, atención y seguimiento) requiere valoraciones e intervenciones de enfermería eficientes. Debe mantenerse actualizada de todos los medicamentos nuevos y sus implicaciones. Y para lograrlo debe asistir a maestría, postgrados, diplomados y módulos de educación continua que ofrece la facultad de enfermería de la universidad de panamá, en la atención del paciente oncológico y así ofrecer atención de calidad a todos estos pacientes. (Gómez, 2015)

2.2.8. La evaluación de calidad de vida del paciente oncológico

Aaronson NK, et al (1993), refieren que la evaluación de los tratamientos del cáncer se ha centrado históricamente en medidas de tipo biomédico, como la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia. A partir de los años 90 ha aumentado el interés por ir más allá de esos parámetros y evaluar más formalmente el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la Calidad de Vida. (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004)

Porzsolt et al. (1996), citado por Arraras, Martínez, Manterota y Laínez. 2004 creen que, entre otras razones, se ha dado una importancia especial a la Calidad de Vida desde que la reunión de los Institutos Nacionales de Cáncer recomendó que los recursos económicos se dieran en relación a tres variables: la supervivencia, la morbilidad y la Calidad de Vida. (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004)

No hay en la actualidad un consenso sobre las dimensiones que componen la Calidad de Vida, pero si un cierto acuerdo en que debería incluir las áreas de la Salud que se ven afectadas por la enfermedad y los tratamientos: los componentes de síntomas y efectos secundarios tanto de la enfermedad como de los tratamientos, el funcionamiento físico entendido como la capacidad de realizar diferentes tareas, el funcionamiento psicológico, en especial el estado de ánimo, y el funcionamiento social, que se refiere a la interacción con las otras personas de la comunidad.

Hoy en día existe un acuerdo entre los profesionales en que debe ser el paciente quien mida su calidad de vida. La función principal de la valoración de la CV en el cáncer es la de contribuir a ofrecer intervenciones mejores a los pacientes. (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004)

Actualmente existe una amplia gama de cuestionarios de medida de calidad de vida en pacientes oncológicos. Se pueden clasificar en dos grupos:

— Generales y, por tanto, aplicables a cualquier tipo de tumor. Entre éstos encontramos los siguientes:

a) Cuestionario de Spitzer. Consta de cinco apartados que suele cumplimentar el propio médico. Es muy sencillo pero poco sensible, porque las cuestiones son muy generales o incluyen varios aspectos a la vez.

b) Functional living index cancer (FLIC). Formado por escalas visuales. En un estudio realizado por Ganz fue incapaz de obtener resultados fiables debido a la frecuente

pérdida de datos. De amplia difusión y utilización en Estados Unidos.

c) Cuestionario de la EORTC (Organización Europea para la Investigación en el Tratamiento del cáncer). Consta de 36 preguntas referidas a factores físicos, emocionales, sociales y de valoración global. Es el más utilizado en Europa.

— Específicos, diseñadas para un determinado tipo de tumor. Entre los que tenemos el cuestionario de Kaasa et al., y la tarjeta de evaluación diaria, ambos para cáncer de pulmón. (Ferriols Lisart, Ferriols Lisart, Alós Almiñana, & Magraner Gil, 1995)

Cuestionario qlq-c30 de la eortc para medir la calidad de vida

La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer, EORTC, es un organismo internacional en el que participan investigadores de diferentes países que trabajan en el área del cáncer. (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004)

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer desarrolló el test EORTC de calidad de vida, el cual es un sistema integrado y modular para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer que participan en ensayos clínicos internacionales, además cuenta con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,940 y se encuentra validado al español. (Núñez López, 2015) (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004) (Tomas Capuñay, 2013)

El cuestionario QLQ-C30 de la EORTC se emplea actualmente en varios tipos de estudio en sujetos con cáncer

y en la práctica clínica diaria, este es el cuestionario de Calidad de Vida más empleado en ensayos clínicos en Europa, y es también ampliamente utilizado en América y en el resto del mundo. (Cruz Bermúdez, Moreno Collazos, & Angarita Fonseca, 2013)

En el Perú la confiabilidad y validez fue revisada por Velásquez (1997), en el hospital neoplásicas con 173 pacientes, utilizando el método de consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa Cronbach y encontrándose una validez en entre las escalas Físico con actividad ($P < 0,0001$), Físico con Síntomas ($P < 0,0008$), Actividad con Síntomas ($P < 0,0002$), Cognitivo con Síntomas ($P < 0,0001$), Cognitivo con Impacto Económico ($P < 0,001$), se siguen las correlacionando ambos momentos, antes de la cirugía y después de la cirugía, lo que indica que es una prueba de validez. (Núñez López, 2015)

El cuestionario QLQ-C30 es un cuestionario específico para cáncer, se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas y está compuesto por 30 preguntas o ítems que valoran la CV en relación a aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer, este cuestionario evalúa la CV de la última semana posterior a la aplicación. (Cruz Bermúdez, Moreno Collazos, & Angarita Fonseca, 2013)

El cuestionario se encuentra estructurado en 5 escalas funcionales (Funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas, vómito), 1 escala de estado global de salud y, por último, 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico). Ningún ítem

aparece en dos escalas a la vez y las escalas de agrupan en 3 áreas: estado global de salud y calidad de vida relacionado con la salud, función y síntomas. (Cruz Bermúdez, Moreno Collazos, & Angarita Fonseca, 2013) (Núñez López, 2015) (Gonzales Cooper & Lluén Lozano, 2013)

Ningún ítem aparece en dos escalas a la vez y las escalas de agrupan en 3 áreas: estado global de salud y calidad de vida relacionado con la salud, función y síntomas. (Núñez López, 2015)

En el área de estado global de salud, se valora la autopercepción del estado de salud y de la calidad de vida del paciente. Se trata de una valoración absolutamente subjetiva. Situada al final del cuestionario, el paciente contesta a estos dos ítems una vez ha repasado mediante el resto del cuestionario su funcionamiento general y la cuantía de su sintomatología física. (Núñez López, 2015)

El área de funcionamiento mide la capacidad del encuestado para desenvolver en su vida normal. Los diversos tratamientos del cáncer pueden provocar secuelas físicas que alteren la capacidad de movimientos o impidan la realización de las tareas cotidianas debido al dolor, cansancio o estado de ánimo. La escala de funcionamiento físico valora el nivel motor del paciente (dificultad para caminar, levantar peso, lavarse, ducharse o vestirse) y mediante la escala de actividades cotidianas se mide la capacidad del paciente para realizar las labores pertinentes en los ámbitos profesionales, domésticas o de ocio. El miedo de los pacientes a la recidiva, metástasis o muerte determinada siempre un mayor o menor grado de preocupación; la escala de funcionamiento cognitivo evalúa el nivel de general de concentración y de memoria del paciente, circunstancias que también pueden modificarse

como consecuencia del diagnóstico o los tratamientos. Finalmente, el Área de funcionamiento se completa con la escala de funcionamiento social. En ella el encuestado expresa la afectación que la enfermedad haya podido causar en sus relaciones personales. (Núñez López, 2015)

En el área de síntomas se evalúa un compendio de sintomatología general que puede aparecer en paciente tratados por cáncer: fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento y diarrea. Además se añade un ítem que valora efectos de la enfermedad o los tratamientos en la capacidad económica. Todo los ítems se valora entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante y 4: mucho) excepto en la escala global de salud donde los ítems que la componen pueden valorarse entre 1 y 7 (1: muy malo y 7: muy excelente). (Núñez López, 2015)

Para el diligenciamiento del cuestionario QLQ-C30 se asignan valores entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho) según las respuestas del paciente al ítem, solo en los ítems 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 7: excelente). Las puntuaciones obtenidas se estandarizan y se obtiene un score entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente de cada una de las escalas. Los valores altos en las escalas de salud global y estado función indican una mejor CV, mientras que en la escala de síntomas indicaría disminución de CV ya que indica la presencia de sintomatología asociada al cáncer. (Cruz Bermúdez, Moreno Collazos, & Angarita Fonseca, 2013)

Ilustración 3

Descripción de las áreas e ítems del cuestionario EORTC QLQ-C30

AREAS	ESCALA FUNCIONAL	NUMERO DE ÍTEM	RANGO DEL ÍTEM	ÍTEM EVALUADO
Estado global de salud	Estado global de salud	2	6	29 - 30
	Función Física	5	3	1 a 5
Área de Funcionamiento	Actividades Cotidianas	2	3	6,7
	Rol emocional	4	3	21 -24
	Función Cognitiva	2	3	20 - 25
	Función social	2	3	26 - 27
	Fatiga	3	3	10,12,18
Área de Síntomas	Dolor	2	3	9,19
	Náuseas y vómitos	2	3	14,15
	Disnea	1	3	8
	Insomnio	1	3	11
	Anorexia	1	3	13
	Estreñimiento	1	3	16
	Diarrea	1	3	17
	Impacto económico	1	3	28

Fuente: (Cruz Bermúdez, Moreno Collazos, & Angarita Fonseca, 2013)

2.2.9. Características demográficas como riesgo para el cáncer

La demografía (del griego *dēmos* “pueblo” y *grafía* “trazo”, descripción estudio de la población) es la ciencia que estudia las poblaciones humanas, su dimensión, estructura, evolución y características generales.

La demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición. (Demografia, En Wikipedia, s.f.)

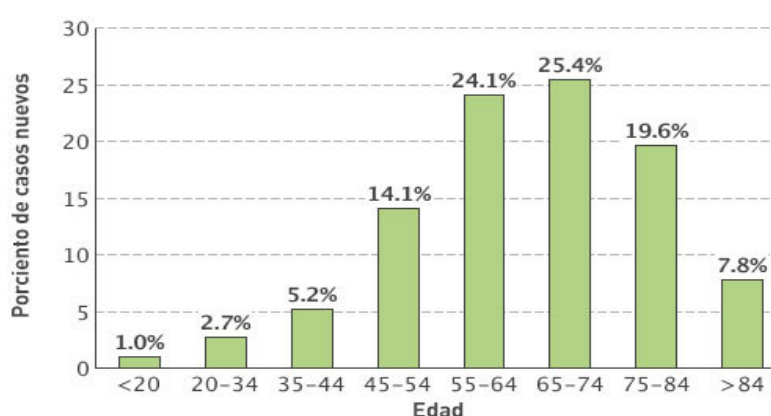
- Edad: (Instituto Nacional del Cáncer , 2015). La edad avanzada es el factor de riesgo más importante de cáncer en general y para muchos tipos individuales de cáncer. De acuerdo a los datos estadísticos más recientes del programa Surveillance, Epidemiology, and End Results del NCI, la edad media de un diagnóstico de cáncer es de 66 años. Esto quiere decir que la mitad de los casos de cáncer ocurren en la gente abajo de esta edad y la otra mitad arriba de esta edad. Una cuarta parte de los

casos nuevos de cáncer es diagnosticada en personas de 65 a 74 años.

Se ve un patrón semejante para muchos tipos comunes de cáncer. Por ejemplo, la edad media al momento del diagnóstico es de 61 años para el cáncer de seno, 68 años para el cáncer colorrectal, 70 años para el cáncer de pulmón y 66 para el cáncer de próstata.

Pero la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad. Por ejemplo, el cáncer de hueso se diagnostica más frecuentemente entre personas menores de 20 años, y más de una cuarta parte de los casos ocurren en este grupo de edad. Y diez por ciento de las leucemias se diagnostican en niños y en adolescentes menores de 20 años, mientras que solo uno por ciento del cáncer en general se diagnostica en ese grupo de edad. Algunos tipos de cáncer, como el neuroblastoma, son más comunes en niños y adolescentes que en adultos.

Ilustración 4: Porcentaje de cánceres nuevos por grupo de edad



Fuente: SEER 18 2007-2011, Todas las razas, ambos sexos

- Género: La incidencia de cáncer presenta aspectos propios para cada género y que tradicionalmente han motivado tanto análisis diferenciados de forma sistemática en todas las publicaciones sobre el tema (Ferlay et al., 2013), como la

necesidad de evaluar las tendencias de cada tumor con análisis específicos según género y edad y la frecuencia de los distintos tipos de cáncer según el género. Con los datos de las estimaciones realizadas en el marco del Observatorio Europeo del Cáncer para el año 2012 (los métodos y resultados de las estimaciones para Europa se pueden (Ferlay et al., 2013) se puede constatar una mayor incidencia de casos de cáncer en los hombres que en las mujeres, aunque los tumores más frecuentes son claramente distintos. Así, cerca de un tercio de tumores en las mujeres son diagnosticados como cáncer de mama, mientras que en los hombres el predominio del cáncer más frecuente es menor, dado que el 22% son atribuibles al cáncer de próstata, seguido por el de pulmón y colorrectal. (Borràs, 2015)

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

Calidad de vida:

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (Núñez López, 2015)

Paciente onco-hematológico:

El paciente oncológico es aquel, en que la enfermedad neoplásica invade un solo órgano inicialmente, donde se reproducen las células tumorales; luego, de este tumor se pueden desprender

células que viajan por la sangre, o linfa, e invadir a distancia. Esas nuevas células que se forman en el nuevo órgano invadido tienen las características del tejido que lo originó. (Aibar, y otros, 2003)

El paciente hemato-oncológico es aquel, en que la neoplasia invade médula ósea o tejido linfático, por lo tanto, esta enfermedad está dispersa en todo el organismo. (Aibar, y otros, 2003)

Quimioterapia:

La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos antineoplásicos para tratar el cáncer. Es una de las cuatro modalidades de tratamiento que ofrecen curación, control o paliación; las otras tres son la cirugía, la radioterapia y la bioterapia. (Aibar, y otros, 2003)

Dimensión global de salud:

Es la autopercepción del estado de salud y de la calidad de vida del paciente. Se trata de una valoración absolutamente subjetiva. (Núñez López, 2015)

Dimensión funcional:

Es la capacidad del paciente para desenvolverse en su vida normal. Los diversos tratamientos del cáncer pueden provocar secuelas físicas que alteren la capacidad de movimientos o impidan la realización de las tareas cotidianas debido al dolor, cansancio o estado de ánimo. (Núñez López, 2015)

Dimensión de la sintomatología:

Son el conjunto de sintomatología general que puede aparecer en paciente tratados por cáncer: fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento y diarrea. Además se

añade un ítem que valora efectos de la enfermedad o los tratamientos en la capacidad económica. (Núñez López, 2015)

Género:

La categoría género incluye la dimensión del sexo como conjunto de características biológicas y agrupa a los sujetos en áreas fisiológicas como: genes, hormonas, órganos reproductivos y gónadas. En lo psicológico la dimensión del género, significa la subjetivación individual de un orden social dado en las prácticas históricas y simbólicas. (Hernandez Garcia, 2006)

2.4. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

La calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en ambos géneros, es baja

2.4.2 Hipótesis Secundarias

- a)** La dimensión global de salud de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el género femenino, es baja.
- b)** La dimensión funcional de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el género femenino, es baja.
- c)** La dimensión de la sintomatología de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el género femenino, es baja.

CAPÍTULO III METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a) Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica “tal clase de investigación cumple el propósito fundamental de producir conocimiento y teorías” (Hernández y col, 2014, p.24)

Según la orientación, es de tipo médico – social; ya que la investigación está dirigida a describir la situación de los pacientes dentro de su contexto social, como es la calidad de vida durante los ciclos de quimioterapia.

Según en tiempo de ocurrencia de los hechos es prospectivo, porque la recolección de datos se realizará luego de aprobado el proyecto, de aquí en adelante.

Según el período y secuencia de la investigación es transversal, porque los datos serán obtenidos en un solo momento haciendo un corte en el tiempo.

Según el análisis y alcance de sus resultados es de tipo descriptivo; porque el estudio pretende detallar de forma exacta

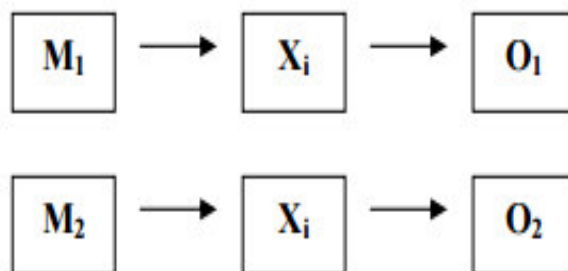
tal como es la calidad de vida de los pacientes durante la quimioterapia.

b) Diseño de investigación

El diseño de investigación es No experimental, definida como “La investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, y en las que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (Hernández y col, 2014, p.152).

El diseño de la investigación utilizado fue descriptivo comparativo. Estos diseños son empleados cuando el investigador está interesado en establecer semejanzas o diferencias entre dos o más muestras en una variable. (Hernández y col, 2014, p.157).

Ilustración 1: Diseño de investigación



- M_1 y M_2 : Muestras 1 y 2 ó Población 1 y 2.
- X_i : Variable(s) de estudio
- O_1 y O_2 : Observaciones 1 y 2: Resultados ($=$, \neq , \sim) de las comparaciones.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el servicio de quimioterapia, que se encuentra ubicado en la avenida Brasil cuadra 26 sin número Jesús María.

Ésta es una Institución de salud destinada a la atención de la familia policial el cual comprende al titular oficial y suboficial, esposo (a), padres, hijos y rara vez personal civil. El servicio de quimioterapia está ubicado en el segundo piso de la sección de consultorios, en el segundo pabellón, sobre el consultorio de pediatría y al lado de los consultorios de oncología y hematología. Cuenta con un ambiente de preparación y otro de administración, el cual tiene una capacidad de 10 sillones. Se atienden aproximadamente 10 pacientes diarios en los turnos de mañana y tarde según la demanda, tanto de pacientes ambulatorios como hospitalizados, los cuales son llevados al servicio por el personal técnico una vez evaluado por el médico de la especialidad y regresa a su sala al término de la sesión. El servicio de quimioterapia está conformado por 1 enfermera jefa, 3 enfermeras asistenciales, y 5 técnicas de enfermería, distribuidas en: Sala de preparación = 1 enfermera y 1 técnica; y 1 o 2 enfermeras en administración, con 2 o 3 técnicas según el turno programado.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Hernández y col (2014) refiere una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones.

La población seleccionada estuvo constituida por todos los pacientes onco-hematológicos (200 pacientes) que son sometidos a tratamiento antineoplásico, en el servicio de quimioterapia del hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz” en el año 2016.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis es el paciente con afecciones onco-hematológicas que reciben tratamiento antineoplásico en el servicio de quimioterapia del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

3.5. MUESTRA Y MUESTREO

a) Muestra

La muestra del estudio son 44 pacientes, 22 son del género femenino y 22 del género masculino. El cálculo de la muestra es obtenido bajo la siguiente fórmula: (Torres Degró, 2015)

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

N: Tamaño de la población

Z: 1.96 ya que el grado de confianza que se establece es de 95%

E: Error absoluto o precisión de la estimación de la proporción (10%)

P: Proporción de unidades que posee el atributo de interés (18% = 0.18)

Q: Resto aritmético de *P* (100 – 18 = 82% 0.82)

b) El muestreo Fue probabilístico, ya que la los pacientes fueron seleccionados a través del muestreo aleatorio simple, elegidos al azar los días que se seleccionaron para realizar las entrevistas, llevándose a cabo entre los meses octubre y noviembre 2016. Los pacientes seleccionados participaron de manera voluntaria en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

El grupo social objeto de estudio son los el paciente con afecciones onco-hematológicas que reciben tratamiento antineoplásico en el servicio de quimioterapia del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, u que cumplan con los siguientes criterios de selección:

3.6.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer oncológico o hematológico de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que por lo menos hayan recibido una sesión de quimioterapia.
- Pacientes lucidos, orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes que deseen voluntariamente participar del estudio y que hayan firmado su consentimiento informado.

3.6.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que tengan limitación mental.
- Paciente con idioma distinto al español.
- Pacientes analfabetos.

3.7. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Técnica

Según Hernández y col (2014, p.198), recolectar datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que conduzcan a reunir información con un propósito específico.

Para la recolección de los datos, se utilizó la técnica de la encuesta, el cual se dio a los usuarios que reunieron los criterios de selección y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, para lo cual debieron firmar previamente el consentimiento informado.

b) Instrumento

Según Hernández y col (2014, p.199) Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o variables que el investigador tiene en mente, es decir, la realidad de lo que quiere medir. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014)

Para este estudio el instrumento que se utilizó fue el cuestionario EORTC QLQ-C30. Éste es un cuestionario específico para cáncer, se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas y está compuesto por 30 preguntas o ítems que valoran la calidad de vida en relación a aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer, este cuestionario evalúa la calidad de vida de la última semana posterior a la aplicación.

El cuestionario se encuentra estructurado en 5 escalas funcionales (Funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y nauseas, vomito), 1 escala de estado global de salud y, por último, 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico). Ningún ítem aparece en dos escalas a la vez y las escalas se agrupan en 3 áreas: estado global de salud y calidad de vida relacionado con la salud (CVRS), función y síntomas. (Cruz Bermúdez, Moreno

Collazos, & Angarita Fonseca, 2013) (Núñez López, 2015) (Gonzales Cooper & Lluén Lozano, 2013)

El cuestionario está dividido en tres partes: presentación, datos generales y contenido, el cual consta de 30 preguntas y se encuentra estructurado en 3 dimensiones: dimensión global de salud que tiene 2 ítems (el 29 y 30), la dimensión funcional que tiene 15 ítems (del 1 al 7 y 20 al 27) y la dimensión de la sintomatología que cuenta con 13 ítems (8 al 19 y 28).

Para el diligenciamiento del cuestionario QLQ-C30 se asignan valores entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho) según las respuestas del paciente al ítem, solo en los ítems 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 7: excelente). Las puntuaciones obtenidas se estandarizan y se obtiene un score entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente de cada una de las escalas. Los valores altos en las escalas de salud global y estado función indican una mejor calidad de vida, mientras que en la escala de síntomas indicaría disminución de calidad de vida ya que indica la presencia de sintomatología asociada al cáncer. (Cruz Bermúdez, Moreno Collazos, & Angarita Fonseca, 2013)

El instrumento utilizado ya ha sido validado internacionalmente y en más de 80 idiomas. Por este motivo no fue necesario la validación por jueces de expertos. Además en el Perú la confiabilidad y validez fue revisada por Velásquez (1997), en el hospital neoplásicas con 173 pacientes, utilizando el método de consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa Cronbach y encontrándose una validez en entre las escalas Físico con actividad (P 0,0001), Físico con Síntomas (P 0,0008), Actividad con Síntomas (P 0,0002), Cognitivo con Síntomas (P 0,0001), Cognitivo con Impacto Económico (P 0,001), se siguen las correlacionando ambos momentos, antes de la cirugía y después

de la cirugía, lo que indica que es una prueba de validez. (Núñez López, 2015)

Para esta investigación se realizó la validez y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento: cuestionario EORTC QLQ-C30, mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniéndose un resultado de 0,825.

Cuanto más cerca se encuentre a uno, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. George y Mallery (2003, p.231), sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de Alfa de Cronbach: coeficiente alfa mayor de 0.9 es excelente, coeficiente alfa mayor de 0.8 es bueno, coeficiente alfa mayor de 0.7 es aceptable, coeficiente alfa mayor de 0.6 es cuestionable, coeficiente alfa mayor de 0.5 es pobre, coeficiente alfa menor de 0.5 es inaceptable. Por lo tanto, este instrumento nos garantiza una excelente fiabilidad. (Gliem & Gliem, 2003)

Tabla N° 1:

Análisis de consistencia interna según coeficiente de Alfa de Cronbach

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	44	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	44	100,0

Fuente: Encuesta sobre calidad de vida en el paciente Onco-Hematológico.

Tabla N° 2:

Análisis de consistencia interna según coeficiente de Alfa de Cronbach.

Estadística de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,825	0,850	30

Fuente: Encuesta sobre calidad de vida en el paciente Onco-Hematológico.

3.8. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se ordenaron las encuestas de acuerdo a la fecha de recolección de la información y se enumeraron en orden creciente para mantener el control del total de los cuestionarios.

Los datos obtenidos del cuestionario realizado fueron procesados en Microsoft Office Excel 2010, en donde se realizó el vaciado de los mismos, los cuales se transformaron y procesaron posteriormente en tablas y gráficos.

Los datos obtenidos del cuestionario pasaron por un control de calidad a fin de detectar y eliminar algún problema en la base de datos.

Los resultados fueron procesados según la formula EOTRC en sus tres dimensiones por lo que se le dió un puntaje a cada pregunta.

Las puntuaciones obtenidas se estandarizaron y se obtuvo un score entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente de cada una de las escalas.

Primero se hallaron los puntajes totales de cada persona de acuerdo a la respuesta de cada ítem y luego se realizaron la construcción del valor final de acuerdo a los ítems seleccionados para cada dimensión.

Para finalizar, los puntajes obtenidos para el total de ítems mostraron la calidad de vida de cada en alta (si el puntaje es menor de 65), y es baja (si el puntaje es mayor a 65).

Para la presentación de los resultados se realizaron gráficos de barra y tablas estadísticas que nos favorecen el análisis de la información obtenida.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 3
Características de los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia en el HN PNP"LNS", en el año 2016

		Genero						p
		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		
		n	%	n	%	n	%	
Edad								
	Menor a 50 años	5	11,4%	1	2,3%	6	13,6%	0,019
	50 a 59 años	7	15,9%	4	9,1%	11	25,0%	
	60 a 69 años	2	4,5%	11	25,0%	13	29,5%	
	Mayor a 70 años	8	18,2%	6	13,6%	14	31,8%	
Grado de Instrucción								
	Sin instrucción	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,017
	Primaria	2	4,5%	0	0,0%	2	4,5%	
	Secundaria	12	27,3%	5	11,4%	17	38,6%	
	Superior	8	18,2%	17	38,6%	25	56,8%	
Estado Civil								
	Soltero(a)	6	13,6%	0	0,0%	6	13,6%	0,015
	Casado(a)	14	31,8%	21	47,7%	35	79,5%	
	Conviviente	0	0,0%	1	2,3%	1	2,3%	
	Separado(a)	2	4,5%	0	0,0%	2	4,5%	
Número de hijos								
	1 – 2	3	6,8%	8	18,2%	11	25,0%	0,040
	3 – 4	13	29,5%	14	31,8%	27	61,4%	
	5 a más	2	4,5%	0	0,0%	2	4,5%	
	Ninguno	4	9,1%	0	0,0%	4	9,1%	
Con quién vive								
	Familia(esposo(a) e hijos)	6	13,6%	21	47,7%	27	61,4%	0,000
	Solo con hijos	4	9,1%	0	0,0%	4	9,1%	
	Solo con esposo(a)	8	18,2%	1	2,3%	9	20,5%	
	Solo(a)	2	4,5%	0	0,0%	2	4,5%	
	Otros	2	4,5%	0	0,0%	2	4,5%	

Situación policial								0,015
	Titular	8	18,2%	16	36,4%	24	54,5%	
	Familiar	14	31,8%	6	13,6%	20	45,5%	
Grado								0,012
	Oficial	4	9,1%	12	27,3%	16	36,4%	
	Sub Oficial	18	40,9%	10	22,7%	28	63,6%	
Conoce diagnostico								0,001
	Si	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%	
	No	0	50,0%	0	50,0%	0	0,0%	
Conoce localización								0,001
	Mama	6	13,6%	0	0,0%	6	13,6%	
	Pulmón	2	4,5%	10	22,7%	12	27,3%	
	Útero	6	13,6%	0	0,0%	6	13,6%	0,001
	Estomago	0	0,0%	2	4,5%	2	4,5%	
	Otros	8	18,2%	10	22,7%	18	40,9%	
	Total	22	50,00	22	50,00	44	100	

Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

En la Tabla Nº 3, tenemos que la mayoría de pacientes son del género masculino entre 60 a 69 años (25%), y el menor porcentaje (2.3%) son menores de 50 años del mismo género. Observamos que el mayor grupo de pacientes son de género masculino con grado de instrucción superior (38.6%) y el menor grupo tiene nivel primario en ambos géneros (4.5%). En el estado civil la mayoría son casados de género masculino (47.7%), mientras que no existen solteros ni separados del mismo género. En el Número de hijos, el mayor grupo corresponde a 3 - 4 hijos del género masculino (31.8%), mientras que solo un 4.5% tiene 5 a más hijos y corresponde al género femenino. En cuanto a con quien vive se observa el mayor grupo viven solo con su esposo (a), siendo el más alto las mujeres (18.2%) y el menor los varones (2.3%). En la situación policial se observa el mayor grupo son varones titulares (36.4%) y el menor (13.6%) son familiares del mismo género. En el grado el mayor grupo son suboficiales mujeres (40.9%) y el menor (9.1%) del mismo género. Todos los pacientes conocen su diagnóstico y la localización el cáncer de pulmón en varones es el mayor grupo (22.7%) y en mujeres el menor (4.5%).

Tabla 4

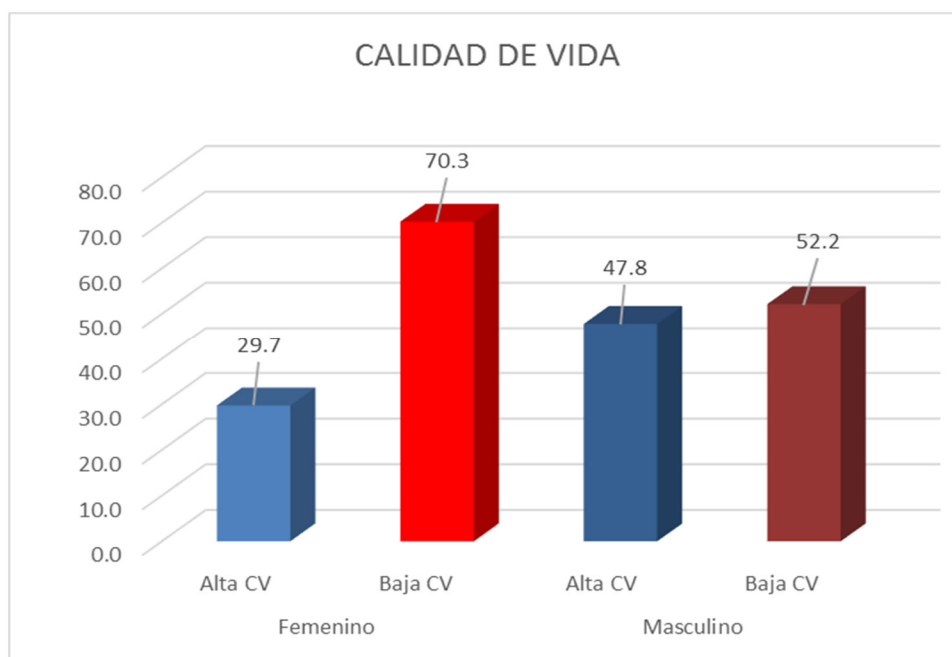
Calidad de vida del paciente onco-hematológico que reciben quimioterapia en el HN PNP "LNS" y género, en el año 2016

CALIDAD DE VIDA	GENERO						P
	Femenino		Masculino		General		
	Alta CV %	Baja CV %	Alta CV %	Baja CV %	Alta CV %	Baja CV %	
Global de salud	24.2	75.8	43.6	56.4	33.9	66.1	0.000
Funcional	28.9	71.1	45.9	54.1	37.4	62.6	0.040
Sintomatología	36.1	63.9	54.0	46.0	45.0	55.0	0.000
TOTAL	29.7	70.3	47.8	52.2	38.8	61.2	

Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

Gráfico 1

Calidad de vida del paciente onco-hematológico que reciben quimioterapia en el HN PNP "LNS" y género, en el año 2016



Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

De la tabla N° 4, según la calidad de vida del paciente onco-hematológico que reciben quimioterapia en todas las dimensiones se encontró una baja calidad entre ambos géneros, observándose que el mayor grupo afectado corresponde a los pacientes del género femenino (70.3%), en comparación con los pacientes del género masculino (52.2%). La prueba estadística tiene un nivel menor que 0,05 (Global y sintomatológico $p = 0,000$ y funcional $p = 0.040 < 0,05$), siendo estadísticamente significativo

Tabla 5

Dimensión global de salud de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016

DIMENSION GLOBAL	Genero					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Pésima	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Muy Mala	7	31.8%	2	9.1%	9	20.5%
Mala	7	31.8%	3	13.6%	10	22.7%
Regular	3	13.6%	7	31.8%	10	22.7%
Buena	2	9.1%	5	22.7%	7	15.9%
Muy Buena	3	13.6%	5	22.7%	8	18.2%
Excelente	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	22	100.0%	22	100.0%	44	100.0%

Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

Tabla 6

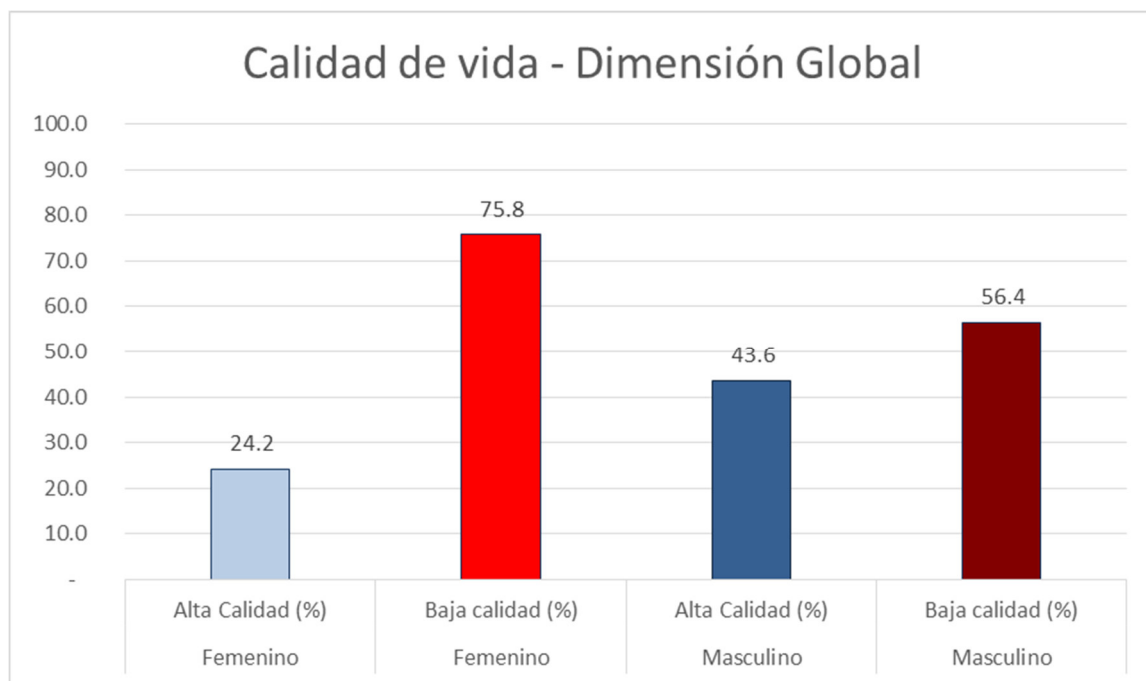
Dimensión global de salud de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016

Dimensión Global de salud	Femenino					Masculino		
	N	Alta Calidad (%)	n	Baja calidad (%)	n	Alta Calidad (%)	N	Baja calidad (%)
Estado global de salud	5	24,2	17	75,8	10	43,6	12	56,4

Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

Gráfico 2

Dimensión global de salud de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016



Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

De la tabla N° 5, según la calidad de vida en la dimensión global de salud, la mayoría de mujeres manifestó sentir que su calidad de vida es mala (31.8%) y muy mala (31.8%), en comparación que los varones sienten una buena (22.7%) y muy buena calidad de vida (22.7%). La prueba estadística tiene un nivel de significancia menor que 0,05 ($p = 0,000 < 0,05$), siendo estadísticamente significativo. Lo que nos muestra que para la dimensión global de salud (tabla N° 6) se encontró una baja calidad entre ambos géneros, observándose que el mayor grupo afectado corresponde a los pacientes del género femenino (75.8%), en comparación con los pacientes del género masculino (56.4%).

Tabla 7
Dimensión Funcional de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016

		Genero						
		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		
		n	%	n	%	n	%	
F. física	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.049
	Un poco	6	27.3%	9	40.9%	15	34.1%	
	Bastante	15	68.2%	13	59.1%	28	63.6%	
	Mucho	1	4.5%	0	0.0%	1	2.3%	
Total		22	100.0%	22	100.0%	44	100.0%	
A. cotid	En absoluto	0	0.0%	1	4.5%	1	2.3%	0.022
	Un poco	6	27.3%	8	36.4%	14	31.8%	
	Bastante	10	45.5%	13	59.1%	23	52.3%	
	Mucho	6	27.3%	0	0.0%	6	13.6%	
Total		22	100.0%	22	100.0%	44	100.0%	
Emocional								
	En absoluto	0	0.0%	2	9.1%	2	4.5%	0.000
	Un poco	3	13.6%	7	31.8%	10	22.7%	
	Bastante	5	22.7%	13	59.1%	18	40.9%	
	Mucho	14	63.6%	0	0.0%	14	31.8%	
Total		22	100.0%	22	100.0%	44	100.0%	
Función Cognitiva								
	En absoluto	0	0.0%	6	27.3%	6	13.6%	0.009
	Un poco	12	54.5%	13	59.1%	25	56.8%	
	Bastante	9	40.9%	3	13.6%	12	27.3%	
	Mucho	1	4.5%	0	0.0%	1	2.3%	
Total		22	100.0%	22	100.0%	44	100.0%	
Función social								
	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.003
	Un poco	4	18.2%	8	36.4%	12	27.3%	
	Bastante	6	27.3%	10	45.5%	16	36.4%	
	Mucho	12	54.5%	4	18.2%	16	36.4%	
Total		22	100.0%	22	100.0%	44	100.0%	0.040

Fuente: Encuesta sobre la calidad de vida del paciente onco-hematológico

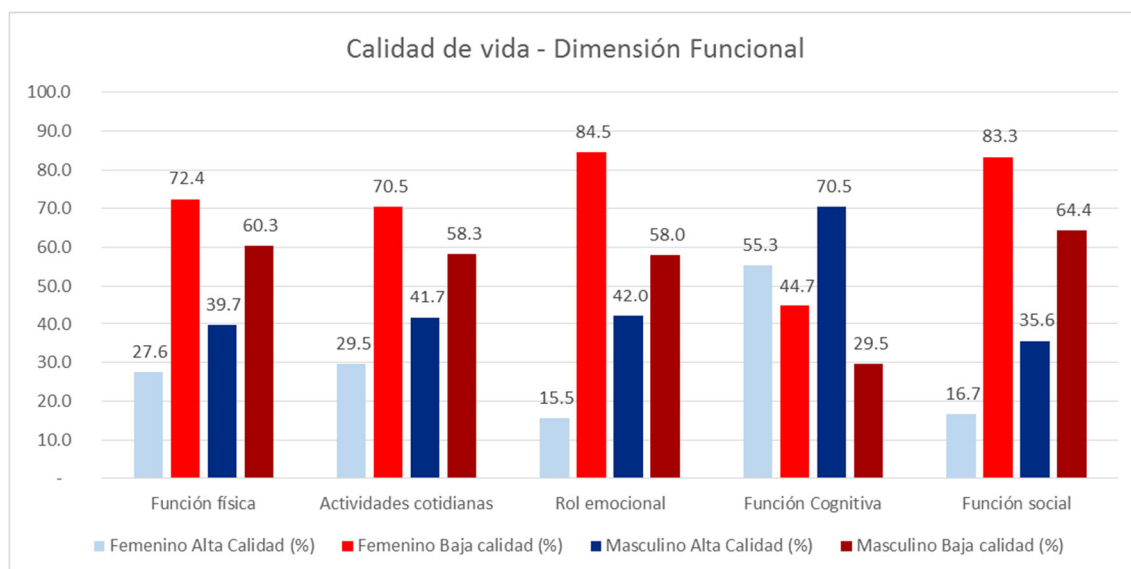
Tabla 8
Dimensión Funcional de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016

Dimensión Funcional	Femenino				Masculino			
	N	Alta Calidad (%)	n	Baja calidad (%)	n	Alta Calidad (%)	n	Baja calidad (%)
Función física	6	27,6	16	72,4	9	39,7	13	60,3
Actividades Cotidianas	6	29,5	16	70,5	9	41,7	13	58,3
Rol emocional	3	15,5	19	84,5	9	42,0	13	58,0
Función Cognitiva	12	55,3	10	44,7	16	70,5	6	29,5
Función social	4	16,7	18	83,3	8	35,6	14	64,4

Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

Gráfico 3

Dimensión funcional de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016



Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

La tabla N° 8, en lo referido a la dimensión funcional se encontró que existe una baja calidad de vida (71.1%) en el género femenino en comparación con el género masculino (54.1%); siendo los más afectados el rol emocional (84.5 %) y la función social (83.3%), mientras que el género masculino las áreas más afectadas son la función social (64.4%) y la función física (60.3%); por otro lado, se observa menos afectada el área cognitiva, que solo presenta un 44.7% del total de mujeres con baja calidad y un 29.5% en los varones. El nivel de significancia es menor al 0.05, ($p = 0.040$) lo que refleja que es estadísticamente significativo.

Tabla 9
Dimensión de la sintomatología de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016

		Genero						
		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		
		n	%	n	%	n	%	
Fatiga	En absoluto	0	0.0%	6	27.3%	6	13.6%	0.000
	Un poco	8	36.4%	15	68.2%	23	52.3%	
	Bastante	10	45.5%	1	4.5%	11	25.0%	
	Mucho	4	18.2%	0	0.0%	4	9.1%	
Dolor	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.024
	Un poco	5	22.7%	9	40.9%	14	31.8%	
	Bastante	7	31.8%	9	40.9%	16	36.4%	
	Mucho	10	45.5%	4	18.2%	14	31.8%	
N y V	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.005
	Un poco	7	31.8%	10	45.5%	17	38.6%	
	Bastante	8	36.4%	12	54.5%	20	45.5%	
	Mucho	7	31.8%	0	0.0%	7	15.9%	
Disnea	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.003
	Un poco	10	45.5%	14	63.6%	24	54.5%	
	Bastante	9	40.9%	6	27.3%	15	34.1%	
	Mucho	3	13.6%	2	9.1%	5	11.4%	
Insomnio	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.003
	Un poco	6	27.3%	10	45.5%	16	36.4%	
	Bastante	15	68.2%	12	54.5%	27	61.4%	
	Mucho	1	4.5%	0	0.0%	1	2.3%	
Anorexia	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.031
	Un poco	6	27.3%	9	40.9%	15	34.1%	
	Bastante	10	45.5%	13	59.1%	23	52.3%	
	Mucho	6	27.3%	0	0.0%	6	13.6%	
Estreñ.	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.013
	Un poco	8	36.4%	12	54.5%	20	45.5%	
	Bastante	11	50.0%	10	45.5%	21	47.7%	
	Mucho	3	13.6%	0	0.0%	3	6.8%	
Diarrea	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.028
	Un poco	9	40.9%	13	59.1%	22	50.0%	
	Bastante	10	45.5%	9	40.9%	19	43.2%	
	Mucho	3	13.6%	0	0.0%	3	6.8%	
I. econ.	En absoluto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.035
	Un poco	10	45.5%	13	59.1%	23	52.3%	
	Bastante	10	45.5%	9	40.9%	19	43.2%	
	Mucho	2	9.1%	0	0.0%	2	4.5%	
Total		22	100.0%	22	100.0%	44	100.0%	0,004

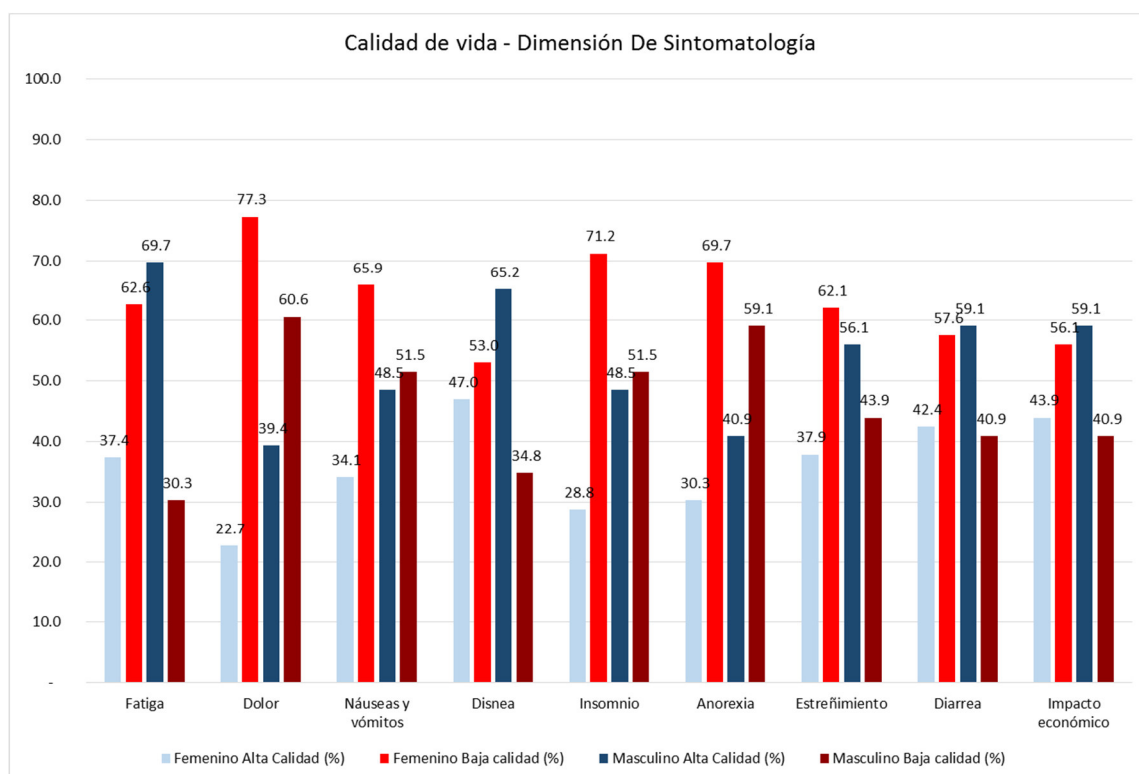
Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematologica

Tabla 10
Dimensión de la Sintomatología de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016

Dimensión De Sintomatología	Femenino				Masculino			
	N	Alta Calidad (%)	n	Baja calidad (%)	n	Alta Calidad (%)	N	Baja calidad (%)
Fatiga	8	37,4	14	62,6	15	69,7	7	30,3
Dolor	5	22,7	17	77,3	9	39,4	13	60,6
Náuseas y vómitos	8	34,1	14	65,9	11	48,5	11	51,5
Disnea	10	47,0	12	53,0	14	65,2	8	34,8
Insomnio	6	28,8	16	71,2	11	48,5	11	51,5
Anorexia	7	30,3	15	69,7	9	40,9	13	59,1
Estreñimiento	8	37,9	14	62,1	9	56,1	13	43,9
Diarrea	9	42,4	13	57,6	13	59,1	9	40,9
Impacto económico	10	43,9	12	56,1	13	59,1	9	40,9

Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

Gráfico 4
Dimensión de la Sintomatología de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia y género en el HN PNP "LNS", en el año 2016



Fuente: Encuesta sobre calidad de vida del paciente onco-hematológico

Tabla N° 10. En cuanto a la dimensión de la sintomatología, también se observó que el mayor porcentaje de los pacientes afectados fueron el género femenino (63.9%) en comparación con el género masculino (46%), en donde, tanto las mujeres como los varones manifestaron tener baja calidad de vida por la presencia de síntomas como dolor (77.3% vs 60.6%), además de otras áreas alteradas como la fatiga (62.6% vs 30.3%) , náuseas y vómitos (65.9% vs 51.5%), disnea (53.0% vs 34.8%), insomnio (71.2% vs 51.5%), anorexia (69.7% vs 59.1%), estreñimiento (62.1% vs 43.9%), diarrea (57.6% vs 40.9%), e impacto económico (56.1% vs 40.9%). El nivel de significancia es menor al 0.05, ($p = 0,004$) lo que refleja que es estadísticamente significativo.

4.2 DISCUSIÓN

El estudio de calidad de vida se ha convertido en un aspecto importante en toda la sociedad, ya que la sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas del mayor número de personas que presentan enfermedades como el cáncer y por ende que sufren los efectos secundarios, no solo de la enfermedad, sino también del tratamiento que reciben.

En el presente estudio se evaluó la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia y género en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016. Esta calidad de vida fue evaluada tanto en el género femenino como en el género masculino y fue medida en varias dimensiones, como la dimensión global de salud, la dimensión funcional y la dimensión de la sintomatología, para lo cual se utilizó como instrumento el Cuestionario EORTC QLQ-C30.

El estudio muestra que de manera general la calidad de vida se encuentra afectada en todas las dimensiones, por lo que se observa baja calidad en ambos géneros a predominio del género femenino. Al analizar la calidad de vida en la dimensión global de salud, se

encontró una baja calidad entre ambos géneros, observándose que el mayor grupo afectado corresponde a los pacientes del género femenino (75.8%), en comparación con los pacientes del género masculino (56.4%); debido a que la mayoría de mujeres refiere sentir que su calidad de vida es mala (31.8%) y muy mala (31.8%), en comparación que los varones sienten una buena (22.7%) y muy buena calidad de vida (22.7%). Los resultados hallados coinciden con estudios similares, como el trabajo de Recalde, M. T. y Samudio, M. (2012), en donde se observa que la dimensión salud general tuvo el promedio más bajo, pero se contrapone con este estudio ya que concluye que en general, las mujeres afirmaron que su salud general y calidad de vida eran buenas; demostrando capacidad para desempeñar actividades laborales o del hogar y sociales. Yeladaky Rios, A. y Hernández Fernández, Z. del Carmen (2013), concluyeron que los pacientes de ambos géneros tuvieron una calidad de vida regular. Núñez López, S. G. (2015), reportan que un porcentaje significativo (96%) de pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una baja calidad en la escala global referido a que los pacientes han presentado síntomas colaterales del tratamiento de quimioterapia y la alteración de la dimensión funcional. Gonzales Cooper, N. I. y Lluén Lozano, G. O. (2013), muestran que un 60% de los pacientes presentan baja calidad de vida en el estado global de salud. Cruz Bermúdez, H.F., Moreno Collazos, J.E. y Angarita Fonseca, A. (2013), encuentra que, en el proceso evolutivo de la patología oncológica, los sujetos presentan disminución en la CV. Resulta interesante aplicar el cuestionario QLQ-C30 de CV en otras poblaciones.

En lo referido a la dimensión funcional se encontró que existe una baja calidad de vida (71.1%) en el género femenino en comparación con el género masculino (54.1%); siendo los más afectados el rol emocional (84.5 %) y la función social (83.3%), mientras que el género masculino las áreas más afectadas son la función social (64.4%) y la función física (60.3%); por otro lado, se observa menos

afectada el área cognitiva, que solo presenta un 44.7% del total de mujeres con baja calidad y un 29.5% en los varones. Este resultado se asemeja con otros estudios similares, en donde Ticona SB, Santos EM y Siqueira AL (2015), muestra que las mujeres tuvieron más altos niveles de estrés ($p = 0,029$), y no hubo diferencia de género en las estrategias de afrontamiento. Yeladaky Rios, A. y Hernández Fernández, Z. del Carmen (2013), realizaron un estudio similar en donde se concluyó que los pacientes de ambos géneros tuvieron una calidad de vida regular, la dimensión más afectada fue la física y la más preservada la ambiental. Tomas Capuñay, S.B. (2013), muestra que un porcentaje considerable de pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una percepción medianamente favorable, en aspectos fisiológicos (63.3%), seguridad (56%), social (70%), estima (53.3%) y autorrealización (56.7%). Núñez López, S. G. (2015), reportan que en la escala funcional, los pacientes perciben su calidad de vida baja referido a que la enfermedad y el tratamiento quimioterapéutico afectaron en su vida familiar y sus relaciones personales, siendo influenciados por el distres psicológico (78%) alterando la calidad de vida, presentan dificultad en actividades que requieran esfuerzo físico (71%), como llevar bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés. Gonzales Cooper, N. I. y Lluén Lozano, G. O. (2013), dentro de las sub-escalas de calidad de vida, se evidenció que la más afectada fue el estado emocional de los pacientes con LMC en un 81 %.

En cuanto a la dimensión de la sintomatología, también se observó que el mayor porcentaje de los pacientes afectados fueron el género femenino (63.9%) en comparación con el género masculino (46%), en donde, tanto las mujeres como los varones manifestaron tener baja calidad de vida por la presencia de síntomas como dolor (77.3% vs 60.6%), además de otras áreas alteradas como la fatiga (62.6% vs 30.3%) , náuseas y vómitos (65.9% vs 51.5%), disnea (53.0% vs 34.8%), insomnio (71.2% vs 51.5%), anorexia (69.7% vs 59.1%),

estreñimiento (62.1% vs 43.9%), diarrea (57.6% vs 40.9%), e impacto económico (56.1% vs 40.9%). Estos resultados son muy similares a los estudios de Núñez López, S. G. (2015) y Gonzales Cooper, N. I. y Lluén Lozano, G. O. (2013), donde se observó un bajo nivel de calidad de vida en los pacientes al sufrir intensos dolores corporales que limitan el trabajo diario.

El dolor es enteramente subjetivo. Se puede determinar que estos son efectos de la quimioterapia con algunas de las toxicidades que podría ocasionar estas y repercutir en su vida del paciente. (Núñez López, 2015)

Las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia representan el efecto tóxico más frecuente, apareciendo aproximadamente en un 70-80% de los pacientes que la reciben, constituyendo uno de los fenómenos que más deterioran la calidad de vida del paciente oncológico. (J. Ferreiro, 2003)

El estreñimiento se da con mayor frecuencia en mujeres, con una mayor incidencia en los pacientes con tratamiento analgésico con opiáceos y con los fármacos habitualmente empleados para prevenir o tratar las náuseas y vómitos. La disminución del ejercicio físico y las deficiencias nutricionales también favorecen a la aparición de estreñimiento. (Sociedad Española de Oncología Médica, 2003)

Además se han encontrado estudios de investigación donde se observa que no solo, la diferencia de género afecta la calidad de vida del paciente oncológico con mayor énfasis en la mujer, sino que también se ven afectados por otras variables como el estado civil, este resultado sugiere la importancia del apoyo social proveniente de la pareja a lo largo del proceso de la enfermedad. (Ticona Benavente, Santos Monteiro, & Siqueira Costa, 2015)

Así también, en la revisión bibliográfica encontramos otros predictores potenciales como el estadio del tumor,, el tratamiento que reciben y tener otras enfermedades; lo cual considera que estas variables deben ser estudiadas en el futuro. (Ticona Benavente, Santos Monteiro, & Siqueira Costa, 2015)

En general la calidad de vida de los pacientes onco-hematológicos que reciben el tratamiento de quimioterapia se ve afectado en ambos géneros, no solo por el tratamiento que reciben y presentan muchos efectos colaterales, sino también por otros aspectos como: la propia enfermedad y su evolución, así como los aspectos sociodemográficos, como la diferencia de género, en la que la mujer al ser más emocional que el varón, presenta más preocupación no solo por su estado de salud, sino por su entorno familiar, social, el rol que ella lleva como la responsable de formación y educación de los hijos y en general por las diferencias tanto físicas y psicológicas que las distinguen de los varones, lo que puede hacer que su calidad de vida sea más afectada en todas sus dimensiones en una proporción mayor; por otro lado, es posible atribuirle estas diferencias en la calidad de vida entre hombres y mujeres, debido a que se suman todas aquellas características físicas, sociales, culturales y espirituales, que hacen que se consiga una mejor o peor calidad de vida que les permita el desenvolvimiento en sus actividades personales y sociales y laborales a pesar de presentar una enfermedad y por consecuencia sufrir los efectos secundarios de la misma y del tratamiento que reciben.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. La mayoría de pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el contexto general tienen una baja calidad de vida en todas las dimensiones para ambos géneros, con predominio en el género femenino, debido a que se encuentran influenciados no solo por el tipo de enfermedad, si no por efectos secundarios que conllevan el tratamiento que reciben, lo que hace que afecte significativamente la calidad de vida en todas sus dimensiones.
2. La mayoría de los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia tienen una baja calidad de vida en la Dimensión Global de Salud, en ambos géneros, con una tendencia mayor en las mujeres, debido que presentan efectos colaterales con el tratamiento y por los síntomas propios de la enfermedad y su estadio.
3. En cuanto a la dimensión funcional de la calidad de vida se observa que ambos géneros muestran una baja calidad, presentando una tendencia más negativa en las mujeres, que en los varones, puesto que la enfermedad y el tratamiento quimioterapéutico afecta en su vida personal, familiar y su desempeño en su entorno social.

4. Acerca de la dimensión funcional a nivel del rol emocional el género femenino que recibe quimioterapia tiene una baja calidad de vida, en un porcentaje significativo en comparación con el género masculino; debido a que el paciente es influenciado por el estrés psicológico que acarrea el cáncer, alterando su calidad de vida.
5. Respecto a la dimensión de la sintomatología de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia, se evidencia que todas las áreas se encuentran afectadas, especialmente el síntoma de dolor que se ha visto más perjudicado en ambos géneros, con una tendencia más baja de calidad en el género femenino, debido a que la enfermedad y el tratamiento producen generalmente síntomas asociados al dolor, el cual limita su desenvolvimiento en la sociedad.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Que la jefatura de enfermería canalice a la dirección del hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” y a la dirección de sanidad las solicitudes correspondientes para que se realicen capacitaciones constantes en aspectos relacionados con servicio al cliente, atención rápida y oportuna de efectos propios del tratamiento quimioterápico, dirigido a todo el personal de salud, específicamente al personal de enfermería quienes se encuentran en constante interacción con el paciente y sus familiares.
2. Que la dirección del Hospital Nacional PNP “LNS”, conjuntamente con el departamento de enfermería, Implementen un listado de intervenciones efectivas para el componente de cuidados crónicos como son las neoplasias y sus consecuencias derivadas del tratamiento y hacerlo efectivo mediante guías de atención específicos a seguir para la práctica cotidiana del personal de salud encargado del cuidado de pacientes con quimioterapia.

3. Que el servicio de onco-hematología del Hospital Nacional PNP “LNS”, implemente programas educativos dirigidos a los pacientes del servicio de quimioterapia, mediante charlas educativas impartidas de forma personalizada a los pacientes que inician por primera vez su tratamiento y en forma grupal en las diferentes sesiones de quimioterapia.
4. Que la dirección de sanidad promueva la realización de otros estudios de investigación sobre la Calidad de atención en los cuales se dé prioridad a los estudios cualitativos, donde se refleje el quehacer del personal de enfermería y cómo influye en la satisfacción del usuario.
5. Que el departamento de enfermería y la dirección del Hospital Nacional PNP “LNS”, estimulen al su personal a realizar trabajos que incluyan otros aspectos sociodemográficos que permitan evidenciar cuales son los motivos de la diferencia de la calidad de vida de los pacientes onco-hematológicos de ambos géneros.

5.3 LIMITACIONES

Se encontró limitación en el tiempo para la recolección De la información, ya que el horario de trabajo y prácticas clínicas de la especialidad no me permitieron realizarlo en los días programados, por lo que se tuvo que tomar más días; pero se logró encuestar al total de la muestra.

Por otro lado existió limitante económica, ya que el presente trabajo ha sido autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WHO Quality of life - WHOQOL. (1996). Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *WHO IRIS*, 385-387.
- Aibar, S., Celano, C., Chambi, M. C., Estrada, S., Gandur, N., Gange, P., . . . Junin, M. (2003). *Manual de enfermería oncológica*. Buenos Aires: Argentina.
- Almeida, E., Gutiérrez, M. G., & Adami, N. P. (2004). Monitoreo y evaluación de los efectos colaterales de la quimioterapia en pacientes con neoplasia de colon. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 760-766.
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2005-2014). Qué es la quimioterapia. *Journal of clinical oncology*.
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 87-98.
- Asociación española contra el cáncer (aecc). (05 de Agosto de 2015). *información@aecc.es*. Recuperado el 09 de Octubre de 2015, de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/TRATAMIENTOS/QUIMIOTERAPIA/Paginas/Efectossecundariosmasfrecuentes.aspx>
- Ávila Funes, J. A. (2013). Calidad de vida. *Salud*.
- Blasco, T., & Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de psicología*, 81-90.
- Borràs, J. M. (2015). La perspectiva del género en el cáncer: una visión relevante y necesaria. *Arbor*.
- Brastcancer.org. (2 de Abril de 2014). *Efectos secundarios del tratamiento*. Recuperado el 30 de Setiembre de 2015, de

http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/quimioterapia/efectos_secundarios

Chavez Félix, A. (4 de Febrero de 2015). *El Siglo de Torreón.com.mx*. Recuperado el 29 de Setiembre de 2015, de <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/1083887.cual-es-la-causa-del-cancer.html>

Corporación empresarial Pascual SL. (4 de Febrero de 2015). *Instituto Tomás Pascual Sanz*. Recuperado el 28 de Setiembre de 2015, de <http://www.institutotomaspascualsanz.com/reportajes/algunos-datos-que-debes-conocer-sobre-el-cancer/#>

Cruz Bermúdez, H. F., Moreno Collazos, J. E., & Angarita Fonseca, A. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga - Colombia. *Enfermería global*, 294 - 303.

Definición de demografía - Qué es, Significado y Concepto. (s.f.). Obtenido de <http://definicion.de/demografia/>

Demografía, En *Wikipedia*. (s.f.). Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa>

Fernández López, J. A., Fernández Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento. *Revista Española de Salud Pública*, 169-184.

Ferriols Lisart, R., Ferriols Lisart, F., Alós Almiñana, M., & Magraner Gil, J. (2 de Agosto de 1995). Calidad de vida en oncología clínica. *Farm Hosp*, 315-322.

Fonseca C, M., Schlack V, C., Mera M, E., Muñoz S, O., & Peña L, J. (2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Revista Chilena de cirugía*, 321-328.

Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de psicología*, 41-50.

- Gallego Aranda, T., Domingo Martín, I., Leal Serrano, L., Pérez Romero, A., Ruíz Iruela, C., & Morell Baladrón, A. (2008). Calidad de vida en pacientes oncológicos. *Salud Madrid Hospital Universitario de la Princesa*.
- Gliem, J., & Gliem, R. M. (2003). Calculando, interpretando e informando Coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach para escala tipo Likert. *Scholar Works*, 231.
- Gómez - Vela, M., & Sabeh, E. N. (2015). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Salamanca, España.
- Gómez, M. (2015). Enfermería en la administración de quimioterapia. *Revista virtual de actualidad en docencia superior*.
- Gonzales Cooper, N. I., & Lluén Lozano, G. O. (15 de Febrero de 2013). Calidad de vida en pacientes con Leucemia Mieloide Crónica en tratamiento, atendidos en el Hospital nivel II de Chiclayo, durante el periodo 2007 - 2012. Lambayeque, Chiclayo, Perú.
- Hernandez Garcia, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas - Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw-Hill. 6ta edición.
- Instituto Nacional del Cáncer . (29 de Abril de 2015). *NIH*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/edad>
- J. Ferreiro, J. G. (2003). Quimioterapia: efectos secundarios. *Revista gaceta médica*, 67-74.
- Médica, S. E. (s.f.). Efectos secundarios de la quimioterapia. *Colección oncovida*.

- NCI. (9 de febrero de 2015). *Instituto Nacional del Cancer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE:UU*. Recuperado el 20 de setiembre de 2015, de www.cancer.gov/espanol
- Núñez López, S. G. (2015). Calidad de vida en pacientes con Cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria Albergue Padre Robusccini - 2014. *Cibertesis URP*.
- Ocampo García, K. G., Barrón Garcés, I., & Barrera Franco, J. L. (2014). Prevalencia de una enfermedad periodontal en pacientes con. *Revista Mexicana de periodontología*, 20-24.
- OMS. (febrero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 19 de setiembre de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Palomba, R. (24 de Julio de 2002). Calidad de vida, Conceptos y medidas. *Talleres sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores*. Santiago, Chile.
- Recalde, M., & Samudio, M. (2012). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13-29 .
- Salas Zapata, C., & Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama. *Rev Panam Salud Publica*, 9–18.
- Sociedad Española de Oncología Medica . (2003). Efectos secundarios de la quimioterapia. *SEOM*, 15-21.
- Ticona Benavente, S. B., Santos Monteiro, E. M., & Siqueira Costa, A. L. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 9-20.

- Tirado Gómez, L. L., & Mohar Betancourt, A. (2007). Epidemiología de las Neoplasias Hemato-oncológicas. *Revista INCAN: Instituto Nacional de cancerología*, 109-120.
- Tomas Capuñay, S. B. (2013). Percepción del paciente que recibe quimioterapia ambulatoria sobre su calidad de vida Hospital María Auxiliadora, 2010. *Ateneo UNMS*.
- Torres Degro, A. (11 de Diciembre de 2015). *Programa graduado de demografía*. Obtenido de <http://sp.rcm.upr.edu/demo/index.php/herramientas-demograficas/calculadoras-estadisticas>
- Triviño V., Z. G., & Sanhueza A., O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 20-31.
- Urzúa M, A., Urizar, C., & Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 61-71.
- Yeladaky Rios, A., & Hernández Fernández, Z. d. (2013). Calidad de vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia. Veracruz, Mexico.

ANEXOS

ANEXO 01: CUESTIONARIO

I PRESENTACIÓN:

Reciba usted un saludo cordial, estimado señor (a):

Soy la Licenciada Henic Yu-Niang Olaechea Vidaurre, estudiante de la especialidad de enfermería oncológica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Me encuentro realizando una investigación para determinar la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, para lo cual solicito su participación, que será de carácter voluntario, anónimo y cuyas respuestas serán confidenciales.

Instrucciones: Resuelva atentamente cada una de las preguntas y responda con sinceridad a cada ítem, es una respuesta para cada pregunta, y se marcará con un aspa (X) la respuesta que usted estime conveniente

II.DATOS GENERALES:

1. Por favor ponga las iniciales de su nombre y apellidos:.....

2. Edad:

3. Género: a) Femenino () b) Masculino ()

4. Grado de instrucción:

a) Sin instrucción () b) Primaria () c) Secundaria ()

d) Superior ()

5. Estado civil:

a. Soltero ()

b. Casado ()

c. Conviviente ()

d. Separado ()

e. Divorciado ()

f. Viudo ()

6. Número de Hijos:

- a. 1 – 2 () b. 3 - 4 () c. 5 a más () d. Ninguno ()

7 ¿con quién vive?

- | | |
|---------------------------------------|----------------------|
| a. Su familia [esposa(o) e hijos] () | b. Con sus hijos () |
| c. Con su esposo (a) () | d. Mamá y papá () |
| e. Abuelos () | f. Sólo () |
| g. otros () | |

8. Situación policial:

- a) Titular () b) Familiar ()

9. Grado:

- a) Oficial () b) Sub oficial ()

- DATOS CLÍNICOS:

1. ¿Sabe su diagnóstico?

- a) Si..... b) No.....

2. Localización de la enfermedad:

- a. Mama () b. Pulmón () c. Útero () d. Estómago () e. Otros ()

II. CONTENIDO:

EORTC QLQ- C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer el grado de sus síntomas y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente encerrando en un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones “correctas” o “incorrectas”. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial. Es importante conocer el grado de sus síntomas en cada pregunta marcando “en absoluto”, “un poco”, “bastante” o “mucho”

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene dificultades para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata larga?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata corta fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestir, asearse o ir al baño?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Le faltó el aire?	1	2	3	4
9. ¿Ha sentido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesita descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultad para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Se le ha quitado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4
17. ¿ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar las cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problema económico su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor, en las preguntas, encierre en un círculo el número entre 1 y 7 que mejor se aplique usted.

29. ¿Qué puntaje le daría a su salud en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésimo

Excelente

30. ¿Qué puntaje le daría a su calidad de vida durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésimo

Excelente

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

TITULO DEL TEMA: Calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia y género en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Problema Principal ¿Cuál es la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016?	Objetivo General Determinar la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”	Hipótesis General La calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en ambos géneros, es baja	Dependiente Calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia.	Dimensión global de salud Dimensión funcional	<ul style="list-style-type: none"> Estado global de salud Función física Actividades cotidianas Rol emocional Función Cognitiva Función social
Problemas Secundarios <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la dimensión global de salud de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016? ¿Cuál es la dimensión 	Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> Determinar la dimensión global de salud de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”. Determinar la dimensión funcional de 	Hipótesis Secundarias <ul style="list-style-type: none"> La dimensión global de salud de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el género femenino es baja. La dimensión funcional de la calidad de vida 		Dimensión de la sintomatología	<ul style="list-style-type: none"> Fatiga Dolor Náuseas y vómitos Disnea Insomnio Anorexia Estreñimiento Diarrea Impacto económico

<p>funcional de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la dimensión de la sintomatología de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016? 	<p>la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”.</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la dimensión de la sintomatología de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”. 	<p>que tiene los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el género femenino, es baja.</p> <ul style="list-style-type: none"> La dimensión de la sintomatología de la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el género femenino es baja. 	<p>Independiente Género</p>	<ul style="list-style-type: none"> Femenino Masculino
---	--	--	--	--

ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

Variable	Dimensiones	Indicadores	Items/Índice/enunciado
Dependiente de la calidad de vida del paciente onco-hematológico que recibe quimioterapia.	Dimensión global salud	Estado global de salud.	29. ¿Qué puntaje le daría a su salud en general durante la semana pasada? 30. ¿Qué puntaje le daría a su calidad de vida durante la semana pasada?
	Dimensión funcional	Función física	1. ¿Tiene dificultades para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta? 2. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata larga? 3. ¿Tiene alguna dificultad para dar una caminata corta fuera de casa? 4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día? 5. ¿Necesita ayuda para comer, vestir, asearse o ir al baño?
		Actividades cotidianas	6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?

Dimensión de la sintomatología		7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus actividades de ocio?
	Rol emocional	21. ¿Se sintió nervioso/a?
		22. ¿Se sintió preocupado/a?
		23. ¿Se sintió irritable?
		24. ¿Se sintió deprimido?
	Función Cognitiva	20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?
		25. ¿Ha tenido dificultad para recordar las cosas?
	Función social	26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?
		27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?
		10. ¿Necesita descansar?
Dimensión de la sintomatología	Fatiga	12. ¿Se ha sentido débil?
		18. ¿Estuvo cansado?
		9. ¿Ha sentido dolor?
	Dolor	19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?
		14. ¿Ha tenido náuseas?
		15. ¿Ha vomitado?
	Náuseas y vómitos	

		Disnea	8. ¿Le faltó el aire?	
		Insomnio	11. ¿Ha tenido dificultad para dormir?	
		Anorexia	13. ¿Se le ha quitado el apetito?	
		Estreñimiento	16. ¿Ha estado estreñado/a?	
		Diarrea	17. ¿ha tenido diarrea?	
		Impacto económico	28. ¿Le han causado problema económico su estado físico o el tratamiento médico?	
		Género	a. Femenino b. Masculino	
Independiente Género				

ANEXO 04

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIO	Calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia y género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en el año 2016
INVESTIGADOR	Lic. Henic Yu-Niang Olachea Vidaurre
LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO	Servicio de quimioterapia del hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”

Este formulario de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor, solicite al investigador que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse una copia de este formulario de consentimiento para pensar sobre su participación en este estudio o para discutirlo con la familia o amigos antes de tomar una decisión.

- I. INTRODUCCIÓN: Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este formulario cuidadosamente y haga todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.
- II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar la calidad de vida que tienen los pacientes onco-hematológicos que reciben quimioterapia, según género, en el hospital nacional PNP “Luis N. Sáenz”

III. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: ¿Quién puede formar parte de este estudio?

Su participación es totalmente voluntaria.

La población de estudio estará compuesta por pacientes Onco-hematológicos atendidos en el servicio de quimioterapia y que estén recibiendo tratamiento antineoplásico, por lo menos una sesión.

Participan todos los:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer oncológico o hematológico de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que por lo menos hayan recibido una sesión de quimioterapia.
- Pacientes lucidos, orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes que deseen voluntariamente participar del estudio y que hayan firmado su consentimiento informado.

No pueden participar:

- Pacientes que tengan limitación mental.
- Paciente con idioma distinto al español.
- Pacientes analfabetos.

Si usted participa, tiene el derecho de retirarse del estudio en el momento que usted disponga, sin perjuicio de la calidad de atención del centro asistencial.

- IV. PROCEDIMIENTOS: Si usted decidió entrar en el estudio, deberá responder las preguntas de un cuestionario con preguntas sobre la calidad de vida del paciente Onco-hematológico que recibe quimioterapia.
- V. RIESGO O INCOMODIDADES: No tendrá ningún riesgo, puesto que solo será una entrevista en la que se aplicará un cuestionario.
- VI. BENEFICIOS: El resultado del cuestionario de la investigación le informará sobre la calidad de vida que tiene usted durante su tratamiento de quimioterapia y puede servir de ayuda para

elaborar estrategias de atención que minimicen los efectos secundarios mejorando la calidad de atención.

- VII. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: Si usted elige participar en este estudio, él investigación obtendrá información sobre usted y su salud a través de los resultados del cuestionario.
- VIII. La autorización para el uso y acceso a información de salud para propósitos de investigación es totalmente voluntaria. Sin embargo si usted no firma este documento no podrá participar en este estudio.

CONSENTIMIENTO

He leído la información provista en este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todavía mis preguntas sobre el estudio y mi participación en éste, han sido atendidas. Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente. Al firmar esta hoja, no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador